

VYSOKÁ ŠKOLA BÁŇSKÁ – TECHNICKÁ UNIVERZITA OSTRAVA  
EKONOMICKÁ FAKULTA

KATEDRA MANAGEMENTU

Finanční řízení nemocnice

Financial Management of a Hospital

Student: Bc. Lenka Feniková

Vedoucí diplomové práce: Ing. Otto Tyrlik, CSc.

Ostrava 2010

Místopřísežně prohlašuji, že jsem celou práci včetně všech příloh vypracovala samostatně.

V Ostravě dne 30. 4. 2010

.....

Bc. Lenka Feniková

# OBSAH

ÚVOD .....	2
1. ZDROJE FINANCOVÁNÍ VE ZDRAVOTNICTVÍ .....	3
1.1. Typy zdravotnických systémů.....	3
1.2. Vícezdrojové financování zdravotní péče .....	4
1.3. Financování zdravotnictví v ČR.....	8
1.3.1. Model zdravotní péče v ČR.....	8
1.3.2. Struktura zdravotnických zařízení v ČR .....	17
1.3.3. Systém jakosti ve zdravotnictví.....	21
1.3.4. Ekonomika zdravotnické organizace .....	24
2. SPRÁVA A ŘÍZENÍ NEMOCNICE .....	31
2.1. Předmět činnosti.....	31
2.2. Charakteristika nemocnice .....	32
2.3. Účetnictví .....	33
2.4. Úhrada zdravotní péče.....	34
3. ANALÝZA SOUČASNÉHO SYSTÉMU ŘÍZENÍ.....	35
3.1. Horizontální a vertikální analýza .....	36
3.2. Pracovní kapitál.....	45
3.3. Poměrová analýza .....	46
3.4. Vybrané ukazatele provozně ekonomické efektivity .....	49
3.5. Vývoj ukazatelů výkonů.....	52
4. HODNOCENÍ A DŮSLEDKY PRO ŘÍZENÍ.....	54
5. NÁVRHY NA EFEKTIVNÍ VYUŽITÍ EKONOMICKÝCH ZDROJŮ.....	57
 ZÁVĚR.....	 59
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY .....	60
Internetové zdroje.....	61
Ostatní zdroje .....	61
SEZNAM ZKRATEK.....	62
PROHLÁŠENÍ O VYUŽITÍ VÝSLEDKŮ DIPLOMOVÉ PRÁCE.....	63

# ÚVOD

Problematika přerozdělování finančních zdrojů je dnes často diskutovaným tématem a nevyhne se ani zdravotnictví. Zdravotnictví v různých státech používá různé modely zdravotní péče z hlediska financování a úhrad, žádný z těchto modelů není optimální. Dříve či později vznikají tlaky na nové koncepce. Často se řeší otázka jakou část zdrojů v systému vícezdrojového financování zdravotní péče má pokrývat pacient. Zda-li jsou zdroje vynakládáné na financování zdravotnictví využívány efektivně. Zda-li je v České republice optimální síť zdravotnických zařízení. Jaká je úroveň poskytované péče. Problematika financování zdravotnictví souvisí s přerozdělováním zdravotního pojištění prostřednictvím zdravotních pojišťoven. Další zdroje přísluší z rozpočtu státu, krajů, obcí, z finančních darů, část je tvořena z rozpočtu domácností. Zdroje jsou omezené a ve zdravotnictví to platí obzvlášť. Nastavený systém se dříve či později začne potýkat ze stárnutím obyvatelstva, přičemž péče o tyto občany si vyžádá trojnásobek nákladů občana v produktivním věku. Další faktor, který způsobuje vyšší spotřebu zdrojů je aplikace zdravotnické techniky, technologií a moderních diagnosticko-léčebných metod, která souvisí s vyššími nároky na úhradu poskytované péče. Dopady tohoto systému pronikají k jednotlivým zdravotnickým subjektům. Zdravotnické subjekty neustále hledají cesty jak zvýšit efektivitu své práce a také způsob jak dosáhnout úhrady za provedené výkony od zdravotních pojišťoven ve výši odpovídající skutečným nákladům. Hledají personální zdroje, jejichž minimální výše je daná vyhláškou. Hledají náhradní způsoby financování. V neposlední řadě se zaměřují na kvalitu jako na jednu z konkurenčních výhod. Jak se v tomto složitém systému daří řídit finance jednomu ekonomickému subjektu, přibližuje tato práce. Tímto subjektem je Nemocnice s poliklinikou Havířov, příspěvková organizace, jejíž zřizovatelem je Moravskoslezský kraj.

Cílem mé práce je zhodnotit finanční řízení nemocnice vzhledem ke zdrojům, které jsou tomuto zdravotnickému zařízení k dispozici a posoudit zda-li jsou tyto zdroje optimální.

# 1. ZDROJE FINANCOVÁNÍ VE ZDRAVOTNICTVÍ

## 1.1. Typy zdravotnických systémů

V současné době se setkáváme s několika modely financování zdravotnických služeb ve vyspělých zemích. **Národní systém zdravotnictví** je charakteristický pro státy jako je Velká Británie, Kanada, Norsko, Finsko, Švédsko, Dánsko, Španělsko, Portugalsko, Řecko, Nový Zéland. Tento zdravotnický systém je označován jako **systém Beveridgeova typu**, který je charakteristický způsobem úhrady zdravotní péče z prostředků státního rozpočtu a jiných veřejných prostředků. Zdravotní péče je tak dostupná pro všechny příjmové skupiny obyvatelstva, přičemž podíl pacienta na nákladech spojených s léčbou je téměř nulový. Občanům je zajištěná péče v nemocnicích, které jsou součástí Národní zdravotní služby. Existují i soukromá zařízení poskytující péči praktických či odborných lékařů, stomatologů i ošetrovatelskou péči. Většina uvedených států nemá nadefinovaný rozsah hrazené zdravotní péče, ale vytvořily tzv. negativní seznam zahrnující typy úkonů, které jsou z úhrad prostřednictvím státních prostředků vyloučeny. Charakteristickým prvkem jsou dlouhé čekací lhůty. **Liberálně tržní model** zdravotnictví vládne v USA, některých jihoamerických státech a do roku 1996 byl uplatňován také ve Švýcarsku. Systém je založen na dobrovolném komerčním pojištění hrazeném individuálně jednotlivci nebo skupinově v zaměstnání. Pro některé zaměstnance existuje možnost spoluúčasti zaměstnavatele. Převládá tržní princip, výjimečně působí státní nemocnice pro nepojištěné a nemajetné občany. Většinou je tato péče v rukou neziskových a charitativních organizací. Na jedné straně zde působí špičkový odborníci na nejlépe vybavených klinikách, na druhé straně není zajištěna dostatečná preventivní péče. Celkové výdaje na zdravotnictví jsou vysoké, avšak vysoký je i počet nepojištěných či nedostatečně pojištěných osob. **Systém zdravotnictví** v České republice je **založený na povinném zdravotním pojištění**. Tento způsob péče je charakteristický pro většinu západoevropských zemí např. Německo, Holandsko, Rakousko, Belgie. V jednotlivých státech se můžeme setkat s různými modifikacemi tohoto systému. V Německu je většina populace pojištěná na základě povinného nebo dobrovolného zákonného zdravotního pojištění. Ostatní občané jsou pojištěni u soukromých a malých veřejných pojišťoven. Rozsah péče v oblasti prevence a diagnostiky je dán legislativou. Ostatní poskytované zdravotnické služby jsou definovány Spolkovým výborem sdružujícím lékaře a zdravotní pojišťovny. Spolkový výbor sestavuje směrnici o položkách spotřebního koše zdravotnických služeb, kterou předkládá ke schválení Spolkovému ministerstvu

zdravotnictví. Následně dochází ke zveřejnění ve Spolkovém věstníku. V Nizozemsku se úhrady péče u jednotlivých typů pojištění liší. Úhrada nemocniční péče podléhá předchozímu schválení zdravotní pojišťovnou. Existuje spoluúčast pacienta ve formě denního paušálu. Pojištění rezidentů k úhradě dlouhodobé nákladné péče je dáno zákonem, větší polovina obyvatel je pojištěna ve veřejném nemocenském pojištění, část populace u soukromých pojišťoven a malé procento ve speciálních malých systémech pojištění. V Rakousku probíhá financování prostřednictvím zdravotních pojišťoven, formou spoluúčasti pacienta a také se podílejí Spolek, země a obce. Účelově vázané prostředky přerozděluje zemský fond nemocnicím v dané spolkové zemi. Úloha státu spočívá v legislativním a finančním usměrňování poskytované péče. Model bývá označován jako **Bismarckův systém**.

## 1.2. Vícezdrojové financování zdravotní péče

Jednotlivé typy systémů zdravotní péče nabývají v reálu mnoho podob. Společným jmenovatelem je financování úhrad zdravotní péče z více zdrojů (viz. tabulka 1.1.). V převážné většině západoevropských zemí dochází k financování veřejné zdravotní péče z veřejných zdravotních pojišťoven a z ostatních veřejných rozpočtů, obvyklá je menší míra peněžní účasti pacienta na lécích a zdravotnických pomůckách předepsaných lékaři. Doplnkovou formu vytváří komerční systémy pojištění mezi pojištěnci a zdravotními pojišťovnami a přímá plná úhrada poskytnutých služeb. Soukromé ziskové zdravotnické subjekty bývají uváděny jako součást systému veřejného zdravotnictví, neboť jejich výnos pramení z úhrad péče veřejnými zdravotními pojišťovnami. Žádný ze systému zdravotní péče není optimální, každý stát se potýká s problémy, ať již nabývají formu neefektivního vynakládání prostředků, nedostatečné modernizace, nemožnosti občana ovlivnit podobu čerpané péče nebo výši vynaložených prostředků z pojistného, dlouhé čekací lhůty či přístup zdravotnického personálu. Proto v řadě zemí probíhají reformy zdravotnictví, které odrážejí politické zájmy vládnoucích stran. Nejčastější bývá tlak na hledání vhodných forem spoluúčasti pacienta, na straně výdajové převažuje liberální přístup. Na úrovni poskytovatelů a plátců zdravotní péče nefunguje dostatečný kontrolní mechanismus. Největší finanční zdroje v ČR zabezpečující financování zdravotnictví představují: zdravotní pojišťovny, veřejné rozpočty a domácnosti. Ostatní finanční zdroje zabezpečují necelá 2% z celkových výdajů na zdravotnictví. V roce 2008 zaujímaly největší podíl na celkových výdajích zdravotní pojišťovny se 75%, veřejné rozpočty tvořily 8,1% (z toho 4,7% státní rozpočet a 3,4% místní rozpočty), domácnosti zaujímaly téměř 16% výdajů a ostatní zdroje činily 1,7%.

Tabulka 1. 1.

## Zdroje úhrad zdravotní péče ve vybraných západoevropských zemích

Země	Zdroje financování	Financování péče z uvedených zdrojů v %
Belgie	sociální pojištění a státní rozpočet	79%
	platby občanů	21%
Francie	zdravotní pojištění	65%
	spoluúčast pacientů	22%
	prostředky vzájemných pojišťoven	6%
	státní a místní rozpočet	5%
	jiné zdroje	2%
Nizozemsko	veřejné pojištění vážných či dlouhodobých chorob	40,60%
	veřejné nemocenské pojištění	26,70%
	soukromé pojištění	13,90%
	vládní dotace	10,40%
	přímé platby pacientů	8,30%
Německo	zákonné nemocenské pojištění	47%
	zaměstnavatelé	14%
	veřejné prostředky	12%
	penzijní fondy	7%
	povinné pojištění pro dlouhodobou péči	4%
	povinné úrazové pojištění	3%
	soukromé zdravotní pojištění	5%
	přímé platby pacientů	8%
Rakousko	nemocenské pojištění	NA
	sociální pojištění	NA
	soukromé pojištění	6% - 7%
	přímé platby pacientů	15%
Švýcarsko	federální, kantonální a obecné zdroje	25%
	plány sociálního pojištění	43%
	soukromé pojištění a soukromé platby	32%
Spojené království Velké Británie a Severního Irska	daně	81%
	národní zdravotní pojištění	15%
	další zdroje	4%

Legenda: NA - není k dispozici

Pramen: MUDr. Zdenka Koldová, 2002

Stejně jako v jiných oblastech veřejného sektoru dochází i v oblasti zdravotnictví v delším časovém průběhu k růstu celkových výdajů na zdravotní péči měřený podílem z hrubého

domáciho produktu (viz. tabulka 1.2.) nebo v přepočtu výdajů na 1 obyvatele za rok. Mezi jednotlivými státy dochází k různé úrovni hospodářského vývoje, z čehož pramení významné rozdíly mezi jednotlivými státy. **Za běžný standard výdajů bývá považováno cca 8% HDP.** Hospodářský vývoj je ovlivňován nejen celkovými výdaji, ale také efektivitou využití zdrojů a regulačními mechanismy ze strany státu. Svou úlohu sehrává čas i řada dalších faktorů jako je rozvoj technologií, demografický vývoj, změna preferencí obyvatelstva apod.

**Tabulka 1.2.**

### **Celkové výdaje na zdravotní péči v % HDP vybraných Evropských zemí v letech 2000-2007**

Země, oblast	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Belgie	8,6	8,7	9,0	(be) 10,2	(e) 10,5	(be) 10,3	(e) 10,0	(e) 10,2
<b>Česká republika</b>	(b) 6,5	6,7	7,1	(b) 7,4	7,4	7,2	7,0	6,8
Dánsko	8,3	8,6	8,8	(b) 9,3	9,5	9,5	9,6	9,8
Finsko	7,2	7,4	7,8	8,1	8,2	8,5	8,3	8,2
Francie	10,1	10,2	10,5	10,9	11,0	11,1	11,0	11,0
Irsko	6,3	6,9	7,1	7,3	7,5	7,3	7,1	7,6
Itálie	8,1	8,2	8,3	8,3	8,7	8,9	9,0	8,7
Lucembursko	5,8	6,4	6,8	(b) 7,5	8,1	7,7	(e) 7,3	NA
Maďarsko	6,9	7,2	7,6	(b) 8,3	8,0	8,3	8,1	7,4
Německo	10,3	10,4	10,6	10,8	10,6	10,7	10,5	10,4
Nizozemsko	8,0	8,3	8,9	(b) 9,8	(e) 10,0	(e) 9,8	(e) 9,7	(e) 9,8
Polsko	5,0	5,9	(b) 6,3	6,2	6,2	6,2	6,2	6,4
Portugalsko	(b) 8,8	8,8	9,0	9,7	10,0	10,2	9,9	NA
Rakousko	9,9	10,1	10,1	10,3	10,4	10,4	10,2	10,1
Řecko	(b) 7,9	8,8	9,1	9,0	8,7	9,4	9,5	9,6
Slovensko	5,5	5,5	5,6	5,8	(b) 7,2	7,0	7,3	7,7
Spojené království	7,0	7,3	7,6	7,8	8,1	8,2	8,5	8,4
Španělsko	7,2	7,2	7,3	(b) 8,1	8,2	8,3	8,4	8,5
Švédsko	8,2	(b) 9,0	9,3	9,4	9,2	9,2	9,1	9,1

Legenda:                    b - přerušení řady  
                                  e - odhad  
                                  NA - není k dispozici

Pramen: OECD Údaje o zdravotnictví 2009 - vybraná data



Podle údajů ČSÚ vzrostly výdaje na zdravotnictví v ČR v roce 2008 oproti roku 2007 o 9,3% v porovnání s HDP, který dosáhl nárůstu o 3,9%. Od roku 2000 představoval celkový nárůst výdajů na zdravotnictví 80,2%, zatímco růst HDP činil pouze 68,5%. V roce 2008 činily výdaje na zdravotní péči v % HDP v ČR 7,2%.

### **Faktory růstu výdajů na zdraví:<sup>1</sup>**

#### **A. Z hlediska potřeb péče o zdraví:**

1. Protože zdraví je vyšším statkem, poskytovatel a plátce (veřejná zdravotní pojišťovna) tlačí, aby výdaje rostly. Nejde přitom o volbu individuální nebo racionální, ale o rozhodnutí spojené s kolektivním financováním.
2. Stárnutí obyvatelstva: prodloužení života zvyšuje náklady na zdravotní péči na jednu osobu, pokud nedochází současně s prodlužováním střední délky života také ke zlepšení zdravotního stavu seniorů, což vyplývá z několika zahraničních studií.
3. Efekt „posledních let života“: čtyřikrát nákladnější než průměr výdajů.

#### **B. Z hlediska rozsahu zdravotnických služeb:**

6. Růst důchodu (příjmů) pracovníků zdravotnického systému vede k růstu cen zdravotní péče, i když produktivita péče je menší než růst důchodů, opačně dochází ke snížení kvality péče.
6. Úroveň nabídky zdravotnických služeb vyvolá indukovanou poptávku.
6. Technický pokrok a inovace vyvolá růst výdajů na zdravotnictví (Newhouse: Medicínská inovace se podílí 66% na přírůstku výdajů).

Alternativa vícezdrojového financování vytváří celou řadu příležitostí pro vytváření tlaku na jednotlivé zdroje financování, resp. jejich přehodnocení. Obzvlášť významný je vliv farmaceutických firem a distributorů technologií. Z hlediska plátců daní a příspěvků na pojištění a také spotřebitelů je podstatné, jaký celkový užitek dosáhnou za předem vynaložené finanční prostředky. Ne vždy je zcela žádoucí aplikovat významné prostředky do nákladných technologií na úkor základní akutní péče. Financování z více zdrojů je spojeno s vyšší mírou rizika vzniku bilanční nerovnováhy. Podstata spočívá v bilanční provázanosti a vyrovnanosti mezi užitím a efekty z těchto finančních zdrojů. Snažíme-li se udržet určitou úroveň podílu hrubého domácího produktu na celkových výdajích na zdravotnictví, zpravidla nejsme schopni udržet rovnováhu mezi jednotlivými segmenty zdravotnických služeb. Typickým příkladem bylo zadlužování bývalých státních nemocnic oproti prosperujícím soukromým

---

<sup>1</sup> HÁVA, P., GOULLI, R. *Financování českého zdravotnictví v kontextu úhrad*. Kostelec nad Černými lesy: INSTITUT ZDRAVOTNÍ POLITIKY A EKONOMIKY, 2003. 302s. ISSN 1213-8096

subjektům nebo bilanční nerovnováha mezi negativním saldem VZP a pozitivním saldem zaměstnaneckých pojišťoven v ČR.

### **1.3. Financování zdravotnictví v ČR**

Cílem zdravotní politiky v České republice je efektivní využití možného potenciálu ekonomického růstu a tedy účinné a účelné vynaložení veřejných financí na zdravotní péči v ČR. Předpokladem je vyrovnaný hospodářský vývoj. Otázky spoluplateb sledují cíl navýšení zdrojů, neřeší příliš problém možného narušení ekvity, tzn. dostupnosti služeb pro všechny příjmové skupiny obyvatel.

Ekvita, vysoká kvalita zdravotní péče a makroekonomická hospodárnost patří mezi základní cíle při plánování zdravotní péče v zemích OECD. Hlavní nástroje při realizaci zdravotní politiky tvoří systém zákonů, norem a standardů; finanční prostředky a způsob jejich alokace; instituce; informace a vyjednávání mezi účastníky zdravotní péče (Gladkij, 2003).

Česká zdravotní politika je charakteristická velice nízkou veřejnou dostupností objektivních údajů, malá pozornost je věnována analýzám a výzkumu domácí situace, mezinárodnímu srovnávání a vyhodnocení vývoje poznatků. Tento stav vytváří ideální podmínky pro tvorbu a prosazování partikulárních zájmů. Naše veřejnost je poměrně málo informována o skutečném stavu a možnostech vývoje systému péče o zdraví. Při tvorbě zdravotní politiky a v klíčových rozhodovacích procesech sehraává roli stát, který do významné míry selhává v oblasti kontroly vývoje odstátněného zdravotnictví (Háva, 2002).

#### **1.3.1. Model zdravotní péče v ČR**

Současný systém zdravotní péče v České republice vychází z Bismarkova modelu, který má svůj původ v 80. letech 20. století. U jeho zrodu stál německý kancléř Bismark, který významně ovlivnil vznik sociálního pojištění odvozeného od příjmu jednotlivce podobně jako daně. Systém byl legislativně vymezen a založen na solidaritě. Bývá spojen s existencí více pojišťoven. Do roku 1992 plynuly veškeré úhrady zdravotní péče v ČR z výnosu daní. Ke zrodu nového systému financování zdravotní péče došlo od 1.1.1992 spolu se vznikem všeobecného zdravotního pojištění. Český model Bismarkovského typu se poněkud odlišuje

od modelu používaného v ostatních evropských státech a to oddělením zdravotního a nemocenského pojištění. Systémy fungují nezávisle na sobě, přestože důsledek nekvalitní zdravotní péče může vyvrcholit čerpáním dávek nemoci nebo se odrazit na důchodovém pojištění invalidních občanů. Předpokladem pro nový typ úhrad a vznik smluvních vztahů je existence zdravotních pojišťoven. Jejich počet se v průběhu vývoje výrazně měnil. Z původních 27 pojišťoven zůstalo dnes již pouze 9. Což je důsledkem jejich rozdílných zájmů a neefektivity hospodaření.

Zdravotní pojišťovny jsou neziskové veřejnoprávní instituce, jejichž působení je upraveno zákonem č. 551/1991 Sb., o Všeobecné zdravotní pojišťovně České republiky, ve znění pozdějších předpisů a zákonem č. 280/1992 Sb., o resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách, ve znění pozdějších předpisů. Úkolem zdravotních pojišťoven je provádění zdravotního pojištění a to ve formě věcného plnění **hrazené péče** (ve sjednaných lhůtách), kterou poskytly pojištěncům smluvní zdravotnická zařízení. **Smlouvu o poskytování zdravotní péče mezi příslušnou zdravotní pojišťovnou a zdravotnickým zařízením** lze uzavřít pouze na takové druhy péče, kterou je zdravotnické zařízení oprávněno poskytovat. Smlouva se řídí **rámcovou smlouvou**. Rámcová smlouva je výsledkem dohodovacího řízení mezi zástupci zdravotních pojišťoven a zástupci příslušných skupinových smluvních zdravotnických zařízení zastoupených svými zájmovými sdruženími. Předmětem jednání dohodovacího řízení je především stanovení hodnot bodů a výše úhrad zdravotní péče hrazené ze zdravotního pojištění. Výsledky řízení vyhláší Ministerstvo zdravotnictví ČR ve Věstníku Ministerstva zdravotnictví ČR. **Výsledkem je též seznam zdravotnických výkonů s bodovými hodnotami**. VZP ČR má od samého začátku dominantní postavení. Bylo jí ponecháno centralizované rozhodování v oblasti pojistného plánování a hospodaření celého systému. Je u ní pojištěna převážná část populace. Všechny pojišťovny musí poskytnout svým pojištěncům péči za podmínek minimálně stejných jako stát garantuje u VZP. V praxi se můžeme s touto skutečností setkat např. v situaci, kdy v rámci dohodovacího řízení je stanovena hodnota bodu, jejíž výši, co by minimální hranici, musí ostatní pojišťovny dodržet. Resortní, podnikové či oblastní pojišťovny se zapojují do konkurenčního boje nabídkou nadstandardních úhrad svým pojištěncům. Jedná se o formy očkování, ozdravné pobyty, speciální programy pro obézní, kuřáky apod.

Zákon č. 592/1992 Sb., o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění stanovuje pojistné ve výši 13,5 % z vyměřovacího základu pojištěnce za rozhodné období. Způsob placení

pojistného definuje zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů. Pojistné za zaměstnance hradí z jedné třetiny zaměstnanec, ze dvou třetin zaměstnavatel. Tento zákon rovněž určuje v § 7 odst. 1 zákona č. 48/1997 Sb., ve znění pozdějších předpisů, okruh osob, za které je plátcem pojištění stát. Stát platí měsíčně pojistné ve výši 13,5 % z částky rovnající se vyměřovacímu základu pro platbu pojistného státem (viz. tabulka 1.3.).

**Tabulka 1.3.**

### **Zdravotní pojistné osob, za které je plátcem pojistného stát**

Období	Vyměřovací základ v Kč	Výše pojistného v Kč
<b>1.1.2004 – 31.12.2004</b>	3 520	476
<b>1.1.2005 – 31.12.2005</b>	3 556	481
<b>1.1.2006 – 31.1.2006</b>	3 798	513
<b>1.2.2006 – 31.3.2006</b>	4 144	560
<b>1.4.2006 – 31.12.2006</b>	4 709	636
<b>1.1.2007 – 31.12.2007</b>	5 035	680
<b>1.1.2008 – 31.12.2009</b>	5 013	677
<b>1.1.2010 – dosud</b>	5 355	723

Pramen: VZP ČR

Hospodaření zdravotních pojišťoven upravuje vyhláška Ministerstva financí č. 418/2003 Sb.<sup>2</sup> a provádí se prostřednictvím těchto fondů: základní fond, rezervní fond, provozní fond, sociální fond, fond investičního majetku, fond reprodukce investičního majetku. Zdravotní péče je financována ze základního fondu, který tvoří pojistné na veřejné zdravotní pojištění, včetně záloh a jejich vyúčtování, penále, přírážky k pojistnému, pokuty, úroky a příjmy za

---

<sup>2</sup> Vyhláška č. 418 z roku 2003, kterou se stanoví podrobnější vymezení okruhu a výše příjmů a výdajů fondů veřejného zdravotního pojištění zdravotních pojišťoven, podmínky jejich tvorby, užití, přípustnosti vzájemných převodů finančních prostředků a hospodaření s nimi, limit nákladů na činnost zdravotních pojišťoven krytých ze zdrojů základního fondu včetně postupu propočtu tohoto limitu.

pojištěnce, za které je plátcem stát. Z prostředků získaných z pokut a penále přepočte zdravotní pojišťovna převod do fondu prevence. Základní fond zaměstnanecké pojišťovny se snižuje o příspěvek do zajišťovacího fondu. Vyhláška stanoví roční limit nákladů na činnost zdravotní pojišťovny a jeho rozdělení. K zajištění plynulých toků finančních prostředků používají jednotlivé pobočky pojišťoven různé plánovací nástroje pro plánování zdrojů a výdajů. Zdravotní pojišťovny jsou povinny nakládat účelně a hospodárně se svěřenými finančními prostředky. Vykazování a vyúčtování zdravotní péče probíhá na individuálních dokladech a v periodách stanovených na základě smluvního ujednání mezi zdravotnickým zařízením a zdravotní pojišťovnou.

Hodnoty bodů, výši úhrad zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění a regulační omezení objemu poskytnuté zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění v jednotlivých segmentech poskytujících péči stanoví každoročně vyhláška. Aktuálním právním předpisem je vyhláška č. 472/2009 Sb.

**Lůžková péče** je poskytovaná zdravotnickými zařízeními ústavní péče. Akutní péče je poskytovaná v nemocnicích, následná péče je poskytována v odborných léčebných ústavech, léčebnách dlouhodobě nemocných, ve stacionářích a zdravotnických zařízeních hospicového typu. Výše úhrad za akutní a následnou péči se liší. Úhrada zdravotnickému zařízení poskytujícímu **akutní péči** zahrnuje sjednanou složku úhrady, paušální složku úhrady za hospitalizační péči, úhradu formou případového paušálu a ambulantní složku úhrady. Referenčním obdobím pro rok 2010 je rok 2008. Referenční období zahrnuje veškerou zdravotní péči poskytnutou v roce 2008, vykázanou zdravotnickým zařízením do 31.5.2009 a uznanou zdravotní pojišťovnou do 31.9.2009. *Individuálně smluvně sjednaná složka úhrady* zahrnuje úhradu za zdravotní péči při hospitalizaci zařazenou podle Klasifikace hospitalizovaných pacientů<sup>3</sup> do skupin vztažených k diagnóze definovaných vyhláškou, dále úhradu za léčivé přípravky a potraviny pro zvláštní lékařské účely (léčivé přípravky). Výše a způsob úhrady závisí na dohodě mezi zdravotní pojišťovnou a zdravotnickým zařízením.

---

<sup>3</sup> Český statistický úřad ve spolupráci s Ministerstvem zdravotnictví podle § 19 odst. 2 zákona č. 89/1995 Sb., o státní statistické službě, ve znění pozdějších předpisů, zavedl s účinností od 1. ledna 2006 Klasifikaci hospitalizovaných pacientů IR-DRG. Klasifikace IR-DRG (International Refined Diagnosis Related Groups - Mezinárodní zpřesněné skupiny vztažené k diagnóze) umožňuje klasifikovat pacienty v akutní nemocniční péči na základě jejich klinické podobnosti a srovnatelnosti nákladů na jejich nemocniční pobyt.

*Paušální složka úhrady za hospitalizační péči* se stanoví výpočtem zohledňujícím vykázané a pojišťovnou uznané body za referenční období za výkony během hospitalizací, celkovou úhradu zdravotnickému zařízení po regulaci za veškerou zdravotní péči poskytnutou v referenčním období, celkovou výši úhrady za zvlášť zúčtovaný materiál a léčivé přípravky v souvislosti s výkony provedenými během hospitalizací v referenčním období, paušální částku úhrady léčivých přípravků vztahujících se k ošetrovacím dnům při hospitalizaci v referenčním období a celkovou výši úhrady za ostatní zdravotní péči v průběhu hospitalizací v referenční období. Z paušální složky za hospitalizaci je vyjmuta péče, jejíž úhrada je individuálně sjednána. Při výpočtu této individuální složky úhrady se používá hodnota  $CM_{alfa2008}$ , která vychází z počtu hospitalizací ukončených v referenčním období podle Klasifikace IR-DRG vynásobené indexem jednotlivých skupin. CM index (Case mix index) skupiny DGR vyjadřuje relativní váženou hodnotu stanovující náročnost jednotlivých skupin diagnóz dle Klasifikace IR-DGR na finanční zdroje. Váha překračující hodnotu jedna vypovídá o složitější léčbě pacienta a tedy vyšších nákladech a naopak. Zdravotní pojišťovna reguluje výši paušální úhrady v souvislosti s dosažením konkrétní procentuální výše hospitalizací zařazených podle Klasifikace IR-DRG. Paušální složka za hospitalizační péči bývá každoročně navýšena o koeficient nárůstu. *Úhrada formou případového paušálu* zahrnuje úhradu za zdravotní péči zařazenou podle Klasifikace do skupin vztažených k diagnóze vymezených v příloze vyhlášky. Každoročně dochází ke změně koeficientu navýšení základní sazby pro výpočet paušálu. *Ambulantní složka úhrady* zahrnuje úhradu za specializovanou ambulantní zdravotní péči, kdy výše úhrady závisí na druhu odbornosti. Je tvořena úhradou za vykázané a pojišťovnou uznané body, úhradou za zvlášť zúčtovaný materiál, léčivé přípravky a ostatní zdravotní péči, kromě péče, která byla hrazena v rámci individuálně sjednané složky úhrady. Výpočet úhrady za běžný rok se procentuálně poměruje s referenčním obdobím a výslednou úhradu pojišťovna upraví dle platné vyhlášky. Změna rozsahu a struktury poskytované péče ve srovnání s referenčním obdobím lze po dohodě ze zdravotní pojišťovnou smluvně upravit, rovněž může zdravotní pojišťovna regulovat limit celkové úhrady na léčivé přípravky a zdravotnické prostředky. ***Následnou péči*** hradí zdravotní pojišťovna paušální sazbou na jeden den hospitalizace pro každou kategorii pacienta a typ ošetrovacího dne samostatně. Den přijetí a den ukončení hospitalizace se vykazují jako jeden ošetrovací den. Ošetrovací den je vykazován podle odbornosti oddělení, které jej vykazuje. Výkony agregované do ošetrovacího dne se vykazují hodnotou bodů dle příslušné odbornosti, lékový paušál je stanoven na základě smluvního vztahu mezi zdravotnickým zařízením a zdravotní pojišťovnou. K ošetrovacímu dni je dále přiřazena režie,

v tomto případě se jedná o režii pro jinou lůžkovou zdravotní péči, jejíž výše činí 165,23 bodů pro jeden ošetrovací den a jednoho pojištěnce v roce 2010. Výše je aktualizována vždy k 1.červenci kalendářního roku o průměrnou roční míru inflace. Po dohodě se zdravotní pojišťovnou lze z důvodu nezbytných nákladů dohodnou vyšší režii přiřazenou k ošetrovacímu dni, maximálně však 400%. Výše paušální sazby na 1 ošetrovací den následné péče se pohybuje v průměru kolem 900 - 1.200,- Kč na 1 lůžko. Pro rok 2010 je stanovena paušální sazba za ošetrovací den ve výši 107% této péče v roce 2008 a 113% paušální sazby za ošetrovací den v psychiatrických odborných léčebných ústavech náležející zařízení v roce 2008. Jednou z podmínek pro vykazování ošetrovacích dnů je zajištění minimálního personálního vybavení. Vyhláška definuje výši úvazku a požadovanou kvalifikaci personálu podle typu ošetrovacího dne v přepočtu na stanovený počet lůžek. V rámci zvýšení kvality ošetrovatelské péče nabízí zdravotní pojišťovna navýšení úhrady zdravotnickému zařízení, které přesahuje požadavky na personální vybavení stanovené seznamem výkonů. Navýšení se týká personálního vybavení profesemi všeobecná zdravotní sestra a porodní asistentka. Výpočet navýšení se provádí prostřednictvím koeficientu podílu počtu pojištěnců příslušné zdravotní pojišťovny v kraji na celkovém počtu pojištěnců v kraji. Zvláštní skupinu tvoří **resuscitační a intenzivní péče**. K určení závažnosti onemocnění nepřímo podle velikosti léčebného úsilí neboli kvantifikace činnosti ošetrovatelského personálu se používá systém TISS (Therapeutic Intensive Scoring Systém). Tato metoda hodnotí úkony v bodovém rozsahu 1-4 podle jejich složitosti a časové náročnosti. Score je tvořeno součtem bodů za provedené diagnostické, monitorovací a léčebné úkony u pacienta za posledních 24 hodin. Podle součtu se přiřazuje příslušný typ ošetrovacího dne TISS. Pro uznání oprávněnosti vykázaného OD je nezbytné průkazné vedení dokumentace a splnění věcného, personálního, technického a přístrojového vybavení stanoveného seznamem zdravotních výkonů pro jednotlivé skupiny OD TISS.

**Praktický lékař a praktický lékař pro děti a dorost** zajišťuje péči pro danou věkovou skupinu obyvatelstva. Platby jsou uskutečňovány kombinovanou kapitačně výkonovou platbou, kombinovanou kapitačně výkonovou platbou s dorovnáním kapitace a úhradou výkonů nezahrnutých do kapitace. Výše kapitační platby se stanoví vzhledem k počtu pojištěnců registrovaných u daného zdravotnického zařízení a příslušné pojišťovny a indexu dle věkových skupin jako násobek základní sazby za jednoho pojištěnce na kalendářní měsíc. Vyhláška stanoví výši kapitace rovněž s přihlédnutím k rozsahu ordinačních hodin v průběhu pracovního týdne praktického lékaře. K dorovnání kapitační platby dochází v případě, kdy

vzhledem ke geografickým podmínkám (např. horské oblasti) má lékař menší počet přepočtených pojištěnců u příslušné zdravotní pojišťovny než činí 70% celostátního průměru pro daný kalendářní rok a poskytování takové zdravotní péče vyplývá ze zákona. Na zdravotní péči hrazenou podle seznamu výkonů nezahrnutých do kapitačních plateb se vztahují regulační omezení. Regulaci podléhají léčivé přípravky a zdravotnické prostředky a vyžádaná péče ve vyjmenovaných odbornostech. Za překročení stanovené celostátní průměrné úhrady je pojišťovna oprávněná uplatnit regulační srážku v procentuální výši stanovené vyhláškou.

**Ambulantní specialisté** poskytují specializovanou ambulantní zdravotní péči v ambulantních zdravotnických zařízeních. Úhrada jednotlivých druhů výkonů je stanovena hodnotou bodů, jedná se především o obory: psychoterapii, psychologii, hemodialyzační péči, ortoptisty, logopedii, radiační onkologii, oftalmologii a ostatní zdravotnická zařízení. Rozhodující je počet ošetřených pojištěnců ve vztahu k předchozímu referenčnímu období. (Pro rok 2010 je referenčním obdobím příslušné pololetí roku 2008). Péče poskytnutá nad stanovený objem je hrazena zdravotní pojišťovnou ve snížené míře. Zdravotní pojišťovna může zdravotnickému zařízení poskytnout předběžnou úhradu. K vyrovnání úhrady dochází jednou ročně, kdy jsou rovněž aplikována regulační opatření. Regulační opatření stanoví průměrné náklady na jednoho pojištěnce za zvlášť účtované léčivé přípravky a zvlášť účtovaný materiál, za zvlášť předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky a za vyžádanou péči ve vyjmenovaných odbornostech v hodnoceném období ve vztahu k referenčnímu období. Zdravotní pojišťovna je oprávněná pro překročení regulačního omezení snížit úhradu za tuto péči dle platné vyhlášky. Na předepsaný zdravotnický prostředek nad 15 000,- Kč, schválený revizním lékařem ZP, se regulačního omezení nevztahuje.

**Gynekologie a porodnictví a dětská gynekologie** jsou obory poskytující specializované výkony v ambulantních zdravotnických zařízeních. Vyhláška stanoví hodnotu bodu, výši úhrad zdravotnické péče a regulační omezení.

**Stomatologie** jako jediný segment zdravotní péče má většinu péče hrazenou cash podle seznamu výkonu, položky výkonů jsou každoročně aktualizované. Zdravotní pojišťovna po projednání se zástupci profesních sdružení poskytovatelů stomatologické péče zúčastněnými v dohodovacím řízení je oprávněna omezit výši nákladů vynaložených na péči poskytovanou



zubními lékaři tak, aby nepřekročila jejich výši ve zdravotně pojistném plánu. Stomatologové jsou jediným segmentem, který si vždy prosadí proplacení většího objemu péče s odkazem na její nutnost a neodkladnost.

**Komplement** tvoří ambulantní zdravotnická zařízení poskytující zdravotní péči v odbornostech: transfuzní lékařství, klinická biochemie, lékařská mikrobiologie, lékařská parazitologie, lékařská virologie, patologická anatomie, radiologie a zobrazovací metody, laboratoř farmakologie a toxikologie léčiv, laboratoř alergologická a imunologická, laboratoř toxikologická, laboratoř nukleární medicíny, laboratoř lékařské genetiky, laboratoř klinické cytologie, laboratoř hematologická, laboratoř pro universální výkony, laboratoř lékařské mykologie, laboratoř patologie. Pro určité kódy výkonu má komplement specifickou úhradu. Péče do 100% objemu uznaných bodů za výkony referenčního období se hradí plnou hodnotou bodu, pro překračující objem je stanovena snížená hodnota bodu. Cílem této formy úhrady je regulovat výši výkonu. V letech 2006 a 2007 docházelo ke snaze snížit počty těchto zařízení, kdy zařízení mohla získat certifikát pouze při vykázaných výkonech v objemu 15 tisíc ročně. V převážné většině případu nedošlo k zániku, ale ke sloučení těchto poskytovatelů zdravotní péče. Některé druhy výkonu se vztahují k ošetrovacímu dni při hospitalizaci. V případě ambulantního léčení jsou vyšetření ve výše uvedených odbornostech na základě požadavku praktického lékaře označovaná jako vyžádaná péče. Pro zařízení poskytující péči ve vyjmenovaných oborech je objem poskytnuté péče stěžejním ukazatelem. Při překračování počtu výkonů u daného subjektu je vhodné převést pacienta pod jinou odbornost. Jako neefektivní se rovněž jeví nefunkční zařízení, neboť naopak dochází ke snížení počtu žádoucího objemu poskytnuté péče.

**Domácí péče** je péče poskytovaná ambulantními zdravotnickými zařízeními v odbornostech: všeobecná sestra, psychiatrická sestra, nutriční terapeut, porodní asistentka a sestra domácí zdravotní péče. Úhrada péče se poskytuje průměrem na ošetřovaného a výkony jsou hrazeny u každé skupiny poskytovatelů jinou hodnotou za bod. V případě, kdy dojde ve zdravotnickém zařízení ke změnám v rozsahu a struktuře poskytované hrazené péče vzhledem k referenčnímu období, pojišťovna tuto změnu zohlední ve smlouvě s dopadem na změnu úhrad.

**Rehabilitace** je péče poskytovaná fyzioterapeuty. Pojišťovna hradí průměrný počet uznaných bodů na jednoho unikátního pojištěnce za hodnocené období. Může sjednat se

zdravotnickým zařízením předběžnou úhradu dle skutečně vykázané měsíční péče nebo dle objemu úhrady v referenčním období, která se vypořádá po ukončení hodnoceného období.

**Zdravotnická záchranná služba, dopravní zdravotní služba a lékařská služba první pomoci** je hrazena poskytovateli úhradou za km a výkony.

**Lázně a ozdravovny** mají stanovenou výši úhrady dle vyhlášky za jeden den pobytu, přičemž výše úhrady se liší pro komplexní lázeňskou péči, příspěvkovou lázeňskou péči a ozdravovny. Mezi zdravotními pojišťovnami a poskytovateli lázeňských služeb dochází k uzavírání kontraktu, jehož předmětem je smluvní cena za den pobytu včetně určitého objemu léčebných procedur a cena za stravné. Nadstandardní služby se hradí v hotovosti. Délka pobytu v lázních je omezena vyhláškou, specifikace závisí na diagnóze pojištěnce.

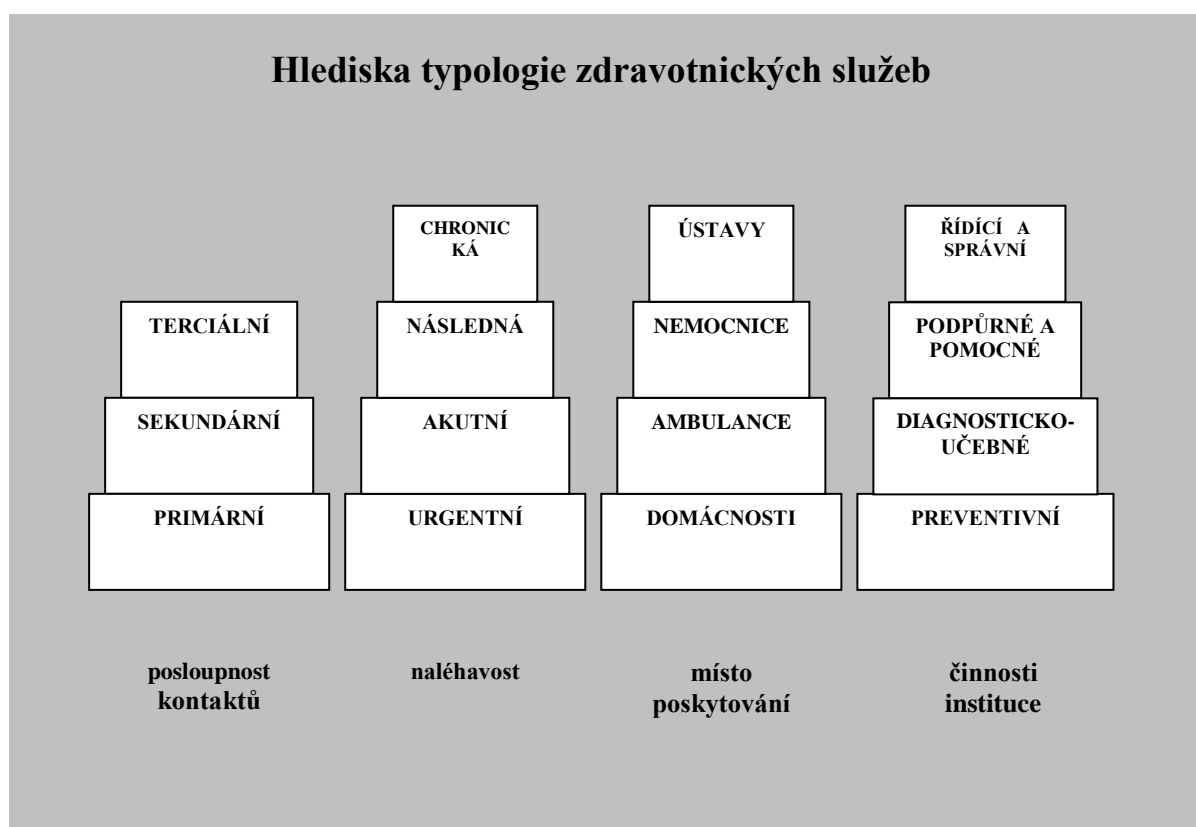
**Nesmluvní zdravotnická zařízení** mají akutní péči hrazenou hodnotou bodu.

**Lékárny** vydávají pacientům léky a léčebné pomůcky. Mohou být vydávány za základě lékařského předpisu a hrazeny z veřejného zdravotního pojištění. Dále jsou hrazeny tzv. dvousložkovou úhradou, kdy je část ceny hrazena z pojištění a část doplatkem pacienta. Výše doplatku se liší jednak mezi jednotlivými lékárnami a také různé zdravotní pojišťovny přispívají na různé léky rozdílně. Je to otázka vzájemné konkurence. Část léků je vydávána za plnou úhradu v hotovosti. Jedná se o léky, na které pojišťovna ani částečně nepřispívá nebo nejsou na předpis. Maximální ceny léků stanovuje Ministerstvo financí ČR. Registraci a regulaci provádí Státní ústav pro kontrolu léčiv, který spolu s Ministerstvem financí stanovuje také úhradu za generikum. Generický princip kategorizace a úhrad se používá od roku 1995 s cílem zajistit dostupnost kvalitních a účinných léků těžce nemocným nízkopříjmovým lidem tak, že ve skupině generických substancí je vytipován alespoň jeden lék plně hrazen ze zdravotního pojištění.

### 1.3.2. Struktura zdravotnických zařízení v ČR

Rozlišujeme různé typologie zdravotnických služeb, příkladem je **dvourozměrná typologie zdravotnických služeb** vycházející z přímé konfrontace účelu typologie s její klasifikací (obrázek 1.1.). Podle poskytované péče můžeme rozdělit zdravotnické služby na primární, sekundární a terciární. Primární péče je v ČR prováděna praktickým lékařem pro dospělé, praktickým lékařem pro děti a dorost, gynekologem a stomatologem. Zahrnuje preventivní a kurativní péči. Sekundární péče je poskytována ambulantním specialistou nebo odborným specialistou v nemocnici (ambulantní a lůžková péče). Pacienti jsou zde odesíláni z primární péče. Terciární péče představuje vysoce specializované výkony prováděné například v oboru plastické nebo hrudní chirurgie, neurochirurgii, v popáleninových, úrazových, hematologických centrech apod. Následuje členění podle naléhavosti poskytované péče, dále podle místa poskytování a podle náplně činnosti příslušné instituce (Gladkij, 2001).

Obrázek 1.1.



Pramen: Gladkij, 2001

Ústav zdravotnických informací a statistiky (ÚZIS ČR) provozuje tzv. Registr zdravotnických zařízení (RZZ), který obsahuje informace o právních subjektech a zdravotnických zařízeních v České republice a jejich vnitřním členění do oddělení a pracovišť, počet lékařů a zdravotnických pracovníků nelékařů (ZPBD), počet lůžek a míst. Jednotlivá zdravotnická zařízení mají legislativní povinnost zapojit se do Programu statistického zjišťování. V pravidelných intervalech dokládají příslušným orgánům předepsanou formu výkazů o výsledcích svého statistického šetření. Od roku 1997 má ÚZIS ČR komplexní informace o zdravotnických zařízeních v ČR. **Sít' zdravotnických zařízení v ČR** tvoří nemocnice, odborné léčebné ústavy, lázně, samostatná ambulantní zařízení, zvláštní zdravotnická zařízení, zařízení lékárenské péče, orgány ochrany veřejného zdraví a ostatní (viz. tabulka 1.4.). Zdravotnická zařízení v ČR se dělí na *státní* a *nestátní zdravotnická zařízení*. Státní zdravotnická zařízení zřídilo Ministerstvo zdravotnictví a jiné centrální orgány. Zřizovatelem nestátních zdravotnických zařízení je kraj, město nebo obec a fyzická osoba, církev nebo jiná právnická osoba. Podle dostupných údajů bylo ke konci roku 2008 zaregistrováno v ČR celkem 27 469 zdravotnických zařízení, z toho necelé 1% bylo státních a 99,1% nestátních zařízení. V těchto zařízeních pracovalo 44 381,72 lékařů přepočtených na plné úvazky, kdy bylo ve státní sféře zaměstnáno 20,23% lékařů a v nestátní sféře 79,77% lékařů. Skupina zdravotnických pracovníků nelékařů bez odborného dohledu (ZPBD) zajišťovala péči v počtu 105 225,20 osob v přepočtu na plné úvazky. Pro státní sféru pracovalo 26,26% těchto odborníků a pro soukromou sféru 73,74%. Tato skupina pracovníků zahrnuje profesi zdravotní sestry, porodní asistentky, ergoterapeuta, radiologického asistenta, zdravotního laboranta, zdravotně sociálního pracovníka, optometristu, ortoptistu, asistenta ochrany veřejného zdraví, ortotika-protetika, nutričního terapeuta, zubního technika, dentální hygienistku, zdravotnického záchranáře, farmaceutického asistenta, biomedicínického technika, radiologického technika. Lůžkový fond ke konci roku 2008 byl tvořen 110 758 lůžky, z toho 30,84% lůžek státních a 69,16% lůžek nestátních zdravotnických zařízení. **Ambulantní péči** v lůžkových a ambulantních zařízeních ČR zajišťuje 31 494,31 lékařů, 53 635,82 zdravotnických pracovníků nelékařů, na 1 lékaře připadá 1,7 ZPBD. **Lůžkovou péči** v ČR zajišťuje 11 438,04 lékařů, 41 576,76 ZPBD, kdy na 1 lékaře připadá 3,63 ZPBD a lůžkový fond tvoří 110 758 lůžek. V Moravskoslezském kraji působí 3 310,18 lékařů v ambulantní složce a 1260,84 lékařů v lůžkové péči. Zdravotnických pracovníků nelékařů se vyskytuje 5 846,01 v ambulantní složce a 4 852,33 na lůžkových odděleních. Na 1 lékaře v kraji připadá v ambulantní péči 1,77 ZPBD a v lůžkové péči 3,85 ZPBD. Lůžkový fond Moravskoslezského kraje je tvořen 11 817 lůžky. Z celkového počtu 7 026 lůžky disponuje 18

Tabulka 1.4.

## Sít' zdravotnických zařízení v ČR v roce 2008 - zdravotnictví celkem

Druh zařízení	Počet zařízení	Přepočtený počet lékařů	Přepočtený počet ZPBD	Lůžka
fakultní nemocnice (včetně ambulantní části)	11	6 156,21	17 647,90	16 129
nemocnice (včetně ambulantní části)	153	12 001,85	38 646,65	44 786
nemocnice násl. péče (včetně ambulantní části)	28	243,59	891,24	2 348
<b>nemocnice celkem</b>	192	18 401,65	57 185,79	63 263
léčebny pro dlouhodobě nemocné	70	374,71	2 010,23	7 194
léčebny TBC a respiračních nemocí - dospělí	9	46,72	225,60	885
psychiatrické léčebny - dospělí	16	537,03	3 040,31	9 240
rehabilitační ústavy - dospělí	6	56,00	262,31	1 025
ostatní odborné léčebné ústavy - dospělí	11	148,51	569,12	1 692
dětské psychiatrické léčebny	3	11,94	99,23	300
ostatní dětské odborné léčebné ústavy	7	23,69	81,92	495
ozdravovny a sanatoria (celodenní)	8	3,72	48,93	603
hospic	14	29,40	153,86	366
další lůžková zařízení	10	75,95	128,30	205
<b>odborné léčebné ústavy celkem</b>	154	1 307,67	6 619,81	22 005
lázeňské léčebny - dospělí	82	320,33	1 043,41	25 082
dětské lázeňské léčebny	2	5,20	53,00	408
<b>lázně celkem</b>	84	325,53	1 096,41	25 490
sdílená ambulantní zařízení	190	1 600,23	2 505,97	0
zdravotnická střediska	147	435,25	696,22	0
samost. ordinace prakt. lékaře pro dospělé	4414	4 527,55	4 308,93	0
samost. ordinace prakt. lék. pro děti a dorost	2047	2 056,64	1 979,58	0
samost. ordinace prakt. lékaře stomatologa	5412	5 918,14	5 377,87	0
samost. ordinace prakt. lékaře gynekologa	1183	1 191,43	1 279,76	0
samost. ordinace odborného lék. specialisty	6625	6 580,01	6 736,09	0
ostatní ambulantní zařízení	4045	588,25	7 426,15	0
<b>samostatná ambulantní zařízení celkem</b>	24063	22 897,50	30 310,57	0
kojenecké ústavy a dětské domovy	33	33,82	852,95	0
dětské stacionáře a centra	37	14,15	182,39	0
jesle a další dětská zařízení	48	0,22	208,45	0
stacionáře pro dospělé	41	61,34	98,93	0
dopravní a záchranná zdravotnická služba	237	1 055,07	2 869,27	0
ostatní	21	49,53	99,60	0
<b>zvláštní zdravotnická zařízení celkem</b>	417	1 214,13	4 311,59	0
lékárny	2294	0,00	4 624,35	0
výdejny	191	0,92	225,27	0
ostatní	1	0,00	0,00	0
<b>zařízení lékařské péče celkem bez odloučených pracovišť</b>	2486	0,92	4 849,62	0
<b>orgány ochrany veřejného zdraví</b>	30	188,36	848,47	0
ostatní	43	45,96	32,94	0
<b>ČR - absolutně</b>	27469	44 381,72	105 255,20	110 758

Pramen: ÚZIS ČR

nemocnic Moravskoslezského kraje, 2 976 lůžky 154 odborných léčebných ústavů Moravskoslezského kraje a 1 815 lůžky tři lázeňská zařízení kraje. Z lůžkových zařízení má z hlediska řízení největší význam nemocnice. Nemocnice jsou zpravidla tříděny podle několika hledisek (Strnad, 2003):

- podle průměrné délky ošetrovací doby ( nemocnice pro akutní péči a dlouhodobě nemocné),
- podle typu vlastnictví,
- podle převažujícího druhu péče (všeobecné a specializované),
- rozsahu lůžkového fondu (malé do 300 lůžek, střední a velké nad 600 lůžek).

Ve vztahu ke zdravotním pojišťovnám rozlišujeme nemocnice 0. – 4. typu. Kategorie lůžkového zdravotnického zařízení figuruje ve vykazování typu ošetrovacího dne pro stanovení úhrad za zdravotní péči. Nemocnice jsou zařazeny podle počtu oborů akutní lůžkové péče. Za základní jsou považovány obory : vnitřní lékařství, chirurgie, gynekologie a porodnictví, pediatrie.

◆ Nemocnice typu 0

Zdravotnické zařízení ústavní péče, kde je nasmlouvána a vykazována péče v méně než 3 základních oborech.

◆ Nemocnice typu 1

Zdravotnické zařízení ústavní péče, kde je nasmlouvána a vykazována péče nejméně ve 3 základních oborech nebo ve 4 oborech, ale žádný další nemají.

◆ Nemocnice typu 2

Zdravotnické zařízení ústavní péče, kde je nasmlouvána a vykazován péče ve 4 základních oborech a nejméně jednom z dalších oborů.

◆ Nemocnice typu 3

Zdravotnické zařízení ústavní péče, kde je nasmlouvána a vykazována péče ve čtyřech základních oborech a dále v některých specializovaných a vysoce specializovaných oborech. Nemocnice může provádět výzkum.

Ke specializovaným oborům zdravotní péče patří například: neurologie, ortopedie, oftalmologie, urologie, ORL (ušní-nosní-krční), dermatovenerologie, anesteziologicko-resuscitační a intenzivní péče, plastická chirurgie, oftalmologie, psychiatrie a další.

Vnitřní uspořádání nemocnic je zpravidla tvořeno třemi relativně samostatnými subsystemy (Gladkij, 2003):

1. Subsystem zahrnující pracoviště léčebně preventivní péče

- specializovaná oddělení či kliniky, která se podle odbornosti dále člení na část ambulantní a lůžkovou,
- pracoviště společných vyšetřovacích složek, tj. laboratorní a přístrojová pracoviště poskytující specializované služby, především podporu diagnostiky.

2. Subsystem zahrnující pracoviště logistického typu, vykonávající podpůrné činnosti

související se zajištěním léčebné péče a plynulým chodem nemocnice (stravovací provoz, doprava, energetika, technické služby a další.

6. Subsystem manažerský a ekonomicko-správní. Ten zahrnuje vrcholový management

nemocnice, management střední úrovně (vedoucí oddělení, vrchní sestry atp.), managery na prvním stupni řízení (vedoucí stanic, staniční sestry). Ekonomicko-správní pracovníci mají důležitou podpůrnou úlohu při ekonomickém řízení nemocnice.

### 1.3.3. Systém jakosti ve zdravotnictví

Stejně jako v jiných oborech se dnes i ve zdravotnictví setkáváme s pojmem kvalita. Na rozdíl od výrobních podniků, kde je kvalita svázána s výrobními postupy, představuje vlastní jádro činnosti zdravotnictví léčení pacientů. Charakteristický je zde vztah mezi lékařem a pacientem podložený určitým stupněm důvěry pacienta k ošetřujícímu lékaři, projevující se lidskostí, pochopením, odpovědností ze strany lékaře. Předpokladem pro aplikaci léčebných postupů je využití vědy, ale i intuice a dodržování profesní etiky. Způsobilst zdravotnického zařízení plnit toto poslání vychází s personálního zajištění kvalifikovanými odborníky, z technického vybavení a odpovídající technologie, z efektivně organizované práce, dostatku zdrojů a odpovídajících pracovních, ekonomických i lidských podmínek, včetně možnosti srovnávání výsledků práce s obdobnými zařízeními v zemi i ve světě. Dosažení **akreditace** jako jednoho z přístupů k řízení jakosti by mělo poskytnout pacientům důvěru ve zdravotnické zařízení a v jeho zaměstnance, že zařízení je schopno poskytovat požadované služby, splňující a neustále vylepšující dané požadavky. Přijetí takového systému řízení jakosti musí být strategickým rozhodnutím managementu zdravotnického zařízení založeném na svobodné vůli a přesvědčení o prospěchu celého procesu. **Akreditace** je proces, při kterém externí organizace (obvykle nestátní) hodnotí zdravotnické zařízení a posuzuje, do jaké míry toto zařízení postupuje ve shodě s požadavky na zvyšování kvality péče. Slouží hodnocenému

zařízení k tomu, aby se jasně zavázalo ke zvyšování kvality péče o pacienty, k zajišťování bezpečí prostředí, ve kterém je péče poskytována, a k systematické snaze o snižování množství rizik pro pacienty i pro zaměstnance. Při akreditačním šetření zdravotnického zařízení se hodnotí dodržování standardů a plnění jejich identifikátorů. Provádí se pomocí rozhovorů se zaměstnanci a pacienty, místního šetření zaměřeného na poskytování zdravotní péče pacientům, posouzení vnitřních předpisů zařízení, výsledků sebehodnocení zařízení. Podmínkou pro udělení akreditace je dosažení přijatelné úrovně plnění akreditačních standardů, vyjádřené číselným hodnocením. Akreditované zařízení obdrží konečnou zprávu o akreditaci a akreditační certifikát. Platnost akreditace je tři roky. Před ukončením tříletého akreditačního období musí být zdravotnické zařízení, které požaduje prodloužení akreditace, reakreditováno. (Marx, Staněk, 2008). V ČR provádí akreditační šetření Spojená akreditační komise ČR, která rovněž vydává Národní akreditační standardy pro nemocnice a zařízení akutní péče, pro zařízení následné a dlouhodobé péče a pro ambulantní zdravotnická zařízení. Aktuální Národní akreditační standardy pro nemocnice jsou platné od 1.9.2009 se změnami od 1.3.2010. Celkový počet standardů je 74. Standardy jsou rozčleněny do deseti částí:

- I. Standardy řízení kvality a bezpečí
- II. Standardy diagnostické péče
- III. Standardy péče o pacienty
- IV. Standardy kontinuity zdravotní péče
- V. Standardy dodržování práv pacientů
- VI. Standardy podmínek poskytované péče
- VII. Standardy managementu
- VIII. Standardy řízení lidských zdrojů
- IX. Standardy pro sběr a zpracování informací
- X. Standardy protiepidemických opatření.

Každá část obsahuje číslované standardy s uvedením názvu, účel a naplnění standardu a identifikátory, což jsou měřitelné parametry naplnění. V procesu zavádění a udržování jakosti, včetně udržování povědomí o potřebách a požadavcích zákazníků a pacientů sehraje klíčovou roli manažer jakosti zdravotnického zařízení. Ten zodpovídá za zavádění systému jakosti na jednotlivých pracovištích zdravotnického zařízení a metodicky řídí pracovníky zodpovědné za zavádění a udržování systému jakosti na vybraném pracovišti. V samotném procesu zavádění jakosti hraje důležitou úlohu dokumentace a to zejména vnitřní předpisy (směrnice, příkazy,



plány) a plány jakosti pro vybrané oblasti. Dokumentace systému musí být po schválení zavedena do praxe a pravidelně ověřována v rámci interních auditů. Zdravotnické zařízení musí mít kontrolu nad průběhem poskytovaných služeb, přičemž celý průběh péče o pacienta musí být řádně zdokumentován. Dokumentace sehrává důležitou úlohu i u zaměstnanců, neboť obsahem standardů je také požadavek na prokázání odborné a specializované způsobilosti zdravotnického pracovníka, jakož i doložení průběhu adaptačního procesu zaměstnance, náplně práce a aktuálních odborných kompetencí např. k výkonům uvedených v dokumentaci pacienta. Zdravotnické zařízení je povinno zajistit bezpečí pacientů, personálu a návštěvníků nemocnice (včetně protipožárních opatření) a to z hlediska shody s příslušnými stavebními a hygienickými předpisy. Rovněž musí stanovit metody a postupy za účelem snižování rizika infekce pro pacienty a personál v rámci protiepidemických opatření. V současné době již existuje řada akreditovaných zdravotnických zařízení. Akreditace je jedním z konkurenčních nástrojů jak prosadit mezi spoustou státních i nestátních zdravotnických zařízení to své. Pacient nemá možnost hodnotit úroveň poskytované péče jinak než „na vlastní kůži“ nebo na základě úsudku svého okolí. Akreditace může být náповědou při výběru zdravotnického zařízení, kdy signalizuje, že zde je prostředí příznivě nakloněno péči o pacienty. Z tohoto důvodu je akreditace ryze dobrovolná, bez týmové spolupráce managementu a ostatního personálu nelze dosáhnout takové úrovně zdravotnické péče, která by dlouhodobě plnila požadavky na standardizovanou zdravotní péči. Úroveň poskytované péče se dále odráží v kvantitě poskytované péče a promítá se do takových ukazatelů jako je využití lůžkového fondu, průměrná doba hospitalizace, počet hospitalizací apod. Svou úlohu sehrává i spokojenost personálu, která souvisí s dostatečným personálním vybavením pro stávající péči a také s možností rozšíření nabízené péče. Minimální personální obsazení je jedním z předpokladů pro úhradu zdravotnické péče zdravotními pojišťovnami. Není od věci se zmínit, že právě zdravotní pojišťovny se chystají v budoucnu ocenit body v akreditovaných zdravotnických zařízeních vyššími hodnotami úhrady než v neakreditovaných zařízeních, což se samozřejmě promítne do hospodaření zdravotnických organizací. V závislosti na udržení příznivé reputace, může být pro zdravotnické instituce snadnější získávat vzdělanější odborníky, finanční prostředky či kontrakty nebo služby. A zdroje vzhledem k možnosti medicíny jsou omezené. Na druhé straně je třeba se zmínit, že i zavádění systému kvality a jeho řízení je spojeno s určitými náklady, které nemusí být zanedbatelné. Při řízení kvality je nutno dbát na důsledné uplatňování systémového přístupu, který je podmíněn jak strukturálními prvky systému zabezpečujícími podmínky pro úroveň péče, tak vlastním procesem péče, stejně jako výsledky péče, které jsou u jednotlivých

pacientů ovlivněny řadou dalších faktorů. To vše se projevuje rostoucími náklady na inovace technologií a technologických postupů, jakož i na modernizaci diagnosticko-léčebných zařízení, vnitřního vybavení organizace, doškolování a vzdělávání zaměstnanců, odměňování kvalitní práce stejně jako náklady na vytváření vnitřních řídicích aktů, standardů, monitorování procesů a samotné náklady na akreditační řízení.

#### **1.3.4. Ekonomika zdravotnické organizace**

Zdravotnická organizace je jako spousta jiných organizací ekonomickým subjektem na specifickém trhu nabízejícím zdravotní péči. Fakt, že poskytování zdravotní péče je nezbytnou podmínkou pro udržování příznivého zdravotního stavu jedince, staví tuto oblast do poněkud jiné role. Základní podmínkou fungování tržního hospodářství je nabídka a poptávka. Ve zdravotnictví je nabídka limitována úrovní vědy, množstvím kvalifikovaného personálu a také objemem zdrojů jednotlivých zdravotnických zařízení. Přičemž objem zdrojů je do jisté míry regulován legislativou. Zdravotní péče je službou občanům, kteří tuto péči potřebují a ne vždy oplývají dostatkem peněz. Proto je v této oblasti zaveden princip solidarity, kdy jsou peníze z povinného zdravotního pojištění následně přerozdělovány přes zdravotní pojišťovny zdravotnickým subjektům na základě vykázané péče. Klasický princip tržního mechanismu zde může fungovat pouze v nabídce nadstandardních služeb a v nabídce léků nepodléhajícím lékařskému předpisu. Zajišťování zdravotní péče obyvatelstvu má ale daleko širší kontext. Moderní zdravotnictví se zabývá komplexním pojetím zdraví lidu a to z hlediska prevence, informovanosti obyvatelstva vedoucí k jejich odpovědnosti za vlastní zdraví, optimalizací zdravotní sítě, výchovou a vzděláváním zdravotnických pracovníků, využíváním výsledků světového lékařského výzkumu a zkušeností ze zahraničí k vytváření podmínek pro co nejúčinnější zdravotnická opatření. Tato hlediska posunují zdraví na úroveň veřejného statku, kde je nezbytná role státu. Dochází k dilematu, kdy na jedné straně stojí lékařská etika a na druhé straně výše nákladů na poskytování kvalitní zdravotnické péče. Je nepochybné, že část finančních toků musí do systému zdravotní péče plynout z veřejných financí. Otázka jakou částkou se má na nákladech podílet sám pacient souvisí do jisté míry i s etikou, to znamená nakolik je sám člověk odpovědný za vlastní zdraví, nakolik se na něm podepsalo okolní přírodní prostředí, pracovní podmínky a jiné společenské vlivy, které nemohl ovlivnit. Zdroje vynakládané do zdravotnictví nejsou v přímé úměře k výsledkům. Diagnostika i terapie v léčbě pacienta je spojena se značnými náklady, přesto nejsou výsledky léčby vždy jednoznačné, v některých případech dochází k trvalým následkům nebo ke smrti.

Nicméně musíme být schopni připustit, že i jednání zdravotníků může být odrazem ekonomických zájmů nabízejících, které se projeví v nadbytečných výkonech vyvoláním sekundární poptávky po zdravotní péči. Tato možnost souvisí samozřejmě se zdravotní politikou státu, systémem úhrad zdravotní péče, postavením zdravotních pojišťoven, systémem odměňování lékařů a ostatního zdravotnického personálu a s ekonomickými potřebami jednotlivých zdravotnických zařízení, přičemž prokázání nadbytečnosti péče je téměř nemožné. Poptávka po zdravotní péči vzniká ze subjektivní i objektivní potřeby. Subjektivní potřeba vzniká z důvodu neuspokojivého zdravotního stavu jedince, který mu více či méně komplikuje kvalitu každodenního života. Objektivní potřeba vychází z veřejných programů zdravotnictví na sledování zdravotního stavu obyvatelstva se zaměřením na prevenci, snižování a eliminaci rizik, která je do jisté míry iniciována lékaři, kteří zvou občany k preventivním prohlídkám či k očkování. Realizací poptávky vzniká spotřeba zdravotnické péče. Výše poptávky je významně ovlivněna systémem úhrad zdravotními pojišťovnami v ČR a tedy i přímými platbami za nadstandardní služby. Nelze opomenout vlivy jako je způsob nabídky služeb zdravotnickými organizacemi, jejich struktura, dostupnost apod. Pomyslnou hranici poptávky tedy tvoří standardní zdravotnické služby hrazené ze zdravotního pojištění, neboť ta tvoří téměř 100% jistotu zajištění péče při dlouhodobé a složité léčbě. Poptávka po nadstandardních službách je do jisté míry dána preferencemi poptávajícího.

V průběhu vývoje našeho státu docházelo k aplikaci různých systému zdravotnické péče, které se různým způsobem odrazily nejen na zdraví obyvatelstva, ale i v ekonomice. Po roce 1918 byla péče hrazena z rozpočtu veřejných nemocenských fondů a soukromých pojišťoven. Stát prováděl pouze doplňkovou úhradu. Po druhé světové válce až do 90. let 20.století převzal na sebe odpovědnost za organizování a financování zdravotní péče stát. V tomto období se ČR svými charakteristikami zdravotního stavu populace zařadila mezi světovou špičku. Po roce 1960 začala úroveň zdravotnictví klesat. V důsledku byrokracie a neefektivního nakládání s veřejnými zdroji docházelo k postupnému materiálnímu a technickému zastarávání zdravotnických zařízení, nedostatku léčiv, přičemž forma anonymní solidarity financovaná z daní se odrazila i na přístupu zdravotnického personálu k pacientům a na kvalitě poskytované péče. Přes stoupající náklady na zdravotnictví docházelo k neustále se zhoršujícím ukazatelům zdravotního stavu obyvatelstva. Po roce 1990 byl zaveden systém všeobecného zdravotního pojištění a došlo k privatizaci celé řady zdravotnických subjektů. Od roku 1993 byl zaveden výkonový systém založený na Seznamu výkonů s bodovými

hodnotami. Podstatou byla kalkulace výkonů vycházející z bilance mezi přímými a nepřímými režijními náklady. Režijní sazby byly vztaženy k minutě trvání výkonu. Tímto systémem byla financována převážná většina zdravotnických zařízení, včetně velkých nemocnic. Z důvodu narůstajících disproporcí mezi příjmy a výdaji zdravotnických subjektů, které byly řešeny neustálým navyšováním korunové hodnoty bodu, byl výkonový systém úhrad změněn na paušální. Výše paušálu se stanovuje na základě skutečností předcházejícího roku. Předpokladem paušálních plateb je, že většina nákladů nemocnic je fixních, což znamená nezávislých na počtu pacientů či výkonů. Výše fixních nákladů tvoří přibližně 75% celkových nákladů nemocnice. Paušální platby nejsou optimální, neboť vedou ke snižování prováděných výkonů vzhledem ke stoupajícím nákladům za výkony. V řadě zdravotnických zařízení, zejména ve velkých nemocnicích se přistupuje ke kombinaci s výkonovým systémem DRG, který byl již dříve zmíněn. V praxi tento systém úhrady funguje tak, že pro každou pojišťovnu, s níž byl sjednán, sleduje zdravotnické zařízení poměr počtů případů hodnocených podle Klasifikace IR-DRG běžného období k referenčnímu období, poměr součtu relativních vah všech DRG případů (DRG Index) v daném období k období referenčnímu a CMI index vyjadřující průměrnou složitost hospitalizačních případů. Platby jsou uskutečňovány na základě individuálně sjednané procentuální výše poměru počtu případů a poměru DRG indexu.

Zdravotnická zařízení v ČR dělíme na státní a nestátní. Nestátní zdravotnická zařízení mohou mít různou právní formu od soukromých subjektů až po příspěvkové organizace, které jsou stále nejčastější právní formou nemocnice. Vzhledem k tomu, že předmětem dalšího rozboru bude právě nemocnice, **příspěvková organizace zřízena územně samosprávným celkem**, zaměříme se na tuto právní formu již nyní. Příspěvková organizace je neziskovou organizací, jejíž rozsah, struktura a složitost vyžaduje samostatnou právní subjektivitu. Příspěvková organizace se zapisuje do obchodního rejstříku na základě návrhu na zápis podaný zřizovatelem. **Majetek** příspěvkové organizace je majetkem zřizovatele, který jej svěčuje organizaci k hospodaření, aby mohla plnit hlavní účel, pro který byla zřízena. Aby mohla organizace lépe využívat své hospodářské možnosti a odbornost svých zaměstnanců, může zřizovatel povolit doplňkové činnosti navazující na hlavní účel, s tím, že tento hlavní účel nesmí být narušen. Hospodaření v **hlavní a doplňkové činnosti** je vedeno odděleně. Zřizovatel provádí kontrolu hospodaření. Majetek nabývá organizace bezúplatným převodem od svého zřizovatele, darem nebo děděním s předchozím souhlasem zřizovatele nebo jiným způsobem na základě rozhodnutí zřizovatele. Nepotřebného majetku se organizace zbavuje

přednostní bezúplatnou nabídkou zřizovateli nebo převedením do vlastnictví jiné osoby na základě písemného souhlasu a za podmínek určených zřizovatelem. Financování příspěvkové organizace se provádí z prostředků získaných vlastní činností a z peněžních prostředků přijatých z rozpočtu svého zřizovatele. Dále hospodaří z prostředky svých fondů, s dary získanými od fyzických i právnických osob, s dotacemi získanými z veřejných zdrojů a z fondů EU. Dotace jsou poskytovány na provozní výdaje na přesně stanovený účel. Pokud nedojde ke spotřebě dotace v hospodářském roce, převádí se do rezervního fondu, kde se sleduje odděleně. Nebyla-li dotace použita, podléhá finančnímu vypořádání se státním rozpočtem za rok, kdy byl splněn účel, na který byla poskytnuta. Zřizovatel poskytuje příspěvek na provoz v návaznosti na výkony nebo jiná kritéria potřeb. Výši příspěvku určuje zřizovatel podle možnosti organizace hradit provoz z dalších zdrojů. Zisk z doplňkové činnosti lze použít ve prospěch hlavní činnosti, jiné využití je možné jen se souhlasem zřizovatele. Jestliže by organizace dosáhla „nadstandardních“ výnosů nebo naopak značně nižších nákladů než je plánováno při schvalování příspěvku na provoz od zřizovatele, mohlo by dojít k neúčelnému a nehospodárnému využití veřejných prostředků a zřizovatel má právo uložit organizaci odvod zpět do svého rozpočtu. Odvod lze nařídit i v případě porušení rozpočtové kázně. V těchto případech se jedná např. o nedodržení účelu, na který byl poskytnut příspěvek, o převod větší části finančních prostředků do peněžního fondu než stanoví zákon nebo rozhodl zřizovatel, o použití prostředků z peněžního fondu na jiný účel než stanoví zákon a o překročení přípustného objemu prostředků na platy. Příspěvková organizace vytváří své **peněžní fondy**: rezervní fond, investiční fond, fond odměn, fond kulturních a sociálních potřeb. Zůstatky těchto fondů se po skončení roku převádějí do roku následujícího. Peněžní fondy by měly být vždy kryty finančními prostředky, v praxi to bývá problém zejména u fondu odměn a rezervního fondu. **Rezervní fond** se tvoří ze zlepšeného výsledku hospodaření příspěvkové organizace. **Zlepšený výsledek hospodaření** příspěvkové organizace je tvořen tehdy, jestliže výnosy spolu s příspěvkem na provoz překračují provozní náklady. Výši schvaluje zřizovatel. Prostředky z rezervního fondu lze využít k dalšímu rozvoji činnosti organizace (např. pořízení drobného majetku), k časovému překlenutí dočasného nesouladu mezi výnosy a náklady, k úhradě sankcí při porušení rozpočtové kázně, k úhradě ztráty z předchozích let. Část zlepšeného hospodářského výsledku nemusí být finančně krytá vzhledem ke skutečnosti, že odběratelé nesplní své závazky nebo dojde k prominutí dluhu. **Investiční fond** vytváří příspěvková organizace k financování svých investičních potřeb. Zdrojem fondu jsou odpisy prováděné podle zřizovatelem schváleného odpisového plánu, **investiční dotace** z rozpočtu zřizovatele, **investiční příspěvky** ze státních

fondů, výnosy z prodeje svěřeného dlouhodobého hmotného majetku, dary určené k investičním účelům, výnosy z prodeje majetku ve vlastnictví příspěvkové organizace, převody z rezervního fondu ve výši povolené zřizovatelem. Odpisy (v tomto investičním peněžním fondu) by měly být kryty příspěvkem na provoz, popř. výnosy z vlastní činnosti. Fond se používá k financování investičních výdajů, k úhradě investičních úvěrů nebo půjček, na financování údržby a oprav majetku používaného pro činnost organizace (takto použité prostředky se převedou do výnosů příspěvkové organizace). V případě, že finanční prostředky na investičním fondu překračují investiční potřeby organizace, může zřizovatel uložit odvod těchto prostředků z investičního fondu do rozpočtu organizace. **Fond odměn** je tvořen ze zlepšeného výsledku hospodaření a to do výše 80%, nejvýše však do výše 80% přípustného objemu prostředků na platy. Výši schvaluje zřizovatel. Z fondu se hradí odměny zaměstnancům, přednostně však překročení prostředků na platy. **Fond kulturních a sociálních potřeb** je tvořen základním přidělem na vrub nákladů příspěvkové organizace ve výši 2% z ročního objemu nákladů na platy a odměny za pracovní pohotovost. Je naplňován zálohově, vyúčtování se provede v rámci roční závěrky. Způsob, výši tvorby a účel čerpání stanoví Ministerstvo financí vyhláškou. Chce-li si pořídit příspěvková organizace nějaké věci nákupem na splátky nebo na základě smlouvy o nájmu s právem koupě, může tak učinit pouze po předchozím písemném souhlasu zřizovatele. Příspěvková organizace není oprávněná nakupovat akcie nebo jiné cenné papíry, nesmí vystavovat ani akceptovat směnky, ani být směnečným ručitelem. S předchozím písemným souhlasem zřizovatele může pouze přijímat cenné papíry jako protihodnotu za své pohledávky vůči jiným subjektům. Z tohoto důvodu nemá příspěvková organizace žádný dlouhodobý finanční majetek. Příspěvkové organizace zřízené zakladatelem vedou povinně účetnictví s měsíční závěrkou, kterou předkládají zřizovateli. Účetním obdobím je kalendářní rok. Hospodaření ekonomického subjektu vyjadřuje **výsledek hospodaření**. Ten je vypočten rozdílem celkových výnosů a nákladů, přičemž je do výnosů organizace zahrnut i příspěvek zřizovatele na provoz. Výsledkem hospodaření je zisk nebo ztráta, popř. může být výsledek vyrovnaný, tedy nulový. U příspěvkových organizací se setkáváme s pojmem zlepšený výsledek hospodaření. Jedná se o kladný výsledek hospodaření, který je následně přerozdělován do rezervního fondu a fondu odměn ve výši stanovené zřizovatelem. Vzhledem k fungování vztahů mezi zřizovatelem a příspěvkovou organizací a to z hlediska poskytování dotací na provoz, popř. investice a odvodem přebytečných finančních prostředků do rozpočtu kraje, se nejčastěji setkáváme s vyrovnaným výsledkem hospodaření, tedy nulovým nebo také záporným výsledkem hospodaření. V podnikatelských subjektech dochází k podrobnějšímu členění hospodářského

výsledků na provozní, finanční a mimořádný. Z hlediska nemožnosti příspěvkové organizace obchodovat na finančním trhu, nemá toto členění pro ní žádný význam. Jelikož zdravotnický subjekt této právní formy je neziskovou organizací, nesehrává zde zisk stejnou úlohu jako u podnikatelských subjektů. Pro zdravotnickou organizaci má smysl, jak už bylo dříve předesláno, dosažení vyrovnaného rozpočtu. Cesta k vyrovnanému rozpočtu je stejná jako při maximalizaci zisku a to snižování nákladů, hledání úspor, zavádění úsporných opatření, uplatňování technického pokroku anebo maximalizace výnosů. Obě strany může zdravotnický subjekt do jisté míry ovlivnit. V podstatě tvorba zisku, tedy zlepšeného hospodářského výsledku u příspěvkové organizace, může být kontraproduktivní ve smyslu snížení provozní dotace od zřizovatele na příští období. Náklady představují jednoho ze základních ukazatelů ekonomické efektivity firmy. Řízení nákladů je jednou z důležitých úloh managementu. Z hlediska příspěvkové organizace mají význam **náklady investiční**. Náklady vynaložené na neustálé zlepšování techniky, technologií, vnitřního vybavení, strojů, přístrojů, staveb jsou financovány z investičního fondu, povinně vytvářeného příspěvkovou organizací. **Náklady provozní** jsou spojeny s přeměnou vstupu na výstupy. Zahrnují spotřebu materiálu, energie, služeb, práce. Část těchto nákladů je financována z příspěvku zřizovatele na provoz. Z dalšího členění nákladů má význam členění podle druhu na materiálové, osobní, ostatní náklady, provozní režie (energie, opravy, údržba), správní režie (telekomunikační poplatky, cestovné, poradenství) a odpisy. Vzhledem k objemu produkce dělíme náklady na **náklady fixní**, nezávislé na objemu produkce (např. nájemné, služby) a **náklady variabilní**, závislé na objemu produkce. Objem produkce lze stanovit podle typu zdravotnického subjektu počtem unicitních pojištěnců, objemem bodů za provedené výkony, počtem hospitalizací, počtem ošetrovacích dnů, počtem DRG případů. Variabilní náklady se mění v závislosti na velikosti produkce rovnoměrně (spotřeba materiálu), progresivně (odměna za přesčas) a degresivně (přeprava pacientů). Fixní náklady představují ve zdravotnických zařízeních významnou složku nákladů, neboť tvoří  $\frac{3}{4}$  celkových nákladů vynaložených organizací. Vesměs se jedná o náklady relativně stálé spojené s udržením určitého počtu lůžek, přístrojového vybavení, kvalifikovaných pracovníků. Charakteristická pro tyto náklady je změna skokem v případě rozšíření nebo zúžení lůžkového fondu, zdravotnické techniky apod. Právě charakteristika těchto nákladů představuje důležitý prvek pro rozhodování managementu. Ekonomické hledisko rozlišuje ještě náklady explicitní a implicitní. **Explicitní náklady** je třeba reálně vynaložit v peněžní podobě na nákup nebo nájem výrobních faktorů (mzdové náklady, nákup zařízení, materiálu), v účetnictví se projeví jako skutečně vynaložené náklady. **Implicitní náklady** neboli alternativní náklady, též náklady obětované příležitosti, představují ušlý

příjem z výrobních faktorů ve vlastnictví daného ekonomického subjektu, které unikly v souvislosti s nevyužitím příležitosti. Příkladem může být neuskutečněný pronájem operačního sálu externímu lékaři, neboť organizace dala přednost využití vlastními lékaři rozšířením spektra prováděných operací. Při rozhodování managementu hrají důležitou úlohu při volbě výhodnější varianty. Při posuzování efektivity činnosti daného zařízení se používají agregátní ukazatele. **Celkové náklady** zahrnují veškeré náklady vynaložené organizací za určitý časový interval, **průměrné náklady** jsou náklady připadající na jednotku produkce (1 hospitalizace, 1 OD). Náklady vždy musí souviset s výnosy příslušného období. **Výnosy** jsou ve zdravotnické organizaci tvořeny převážně tržbami od zdravotních pojišťoven za provedené výkony ohodnocené body nebo počty případů DRG. Do výnosů z provozní činnosti se zahrnují i příspěvky a provozní dotace od zřizovatele, státu nebo z fondu EU. Výnosy z hlavní činnosti doplňují tržby dosažené v doplňkové činnosti. Mezi ostatní výnosy řadíme příjmy z pojistných událostí, pronájmů, případně granty z neveřejných rozpočtů. Finanční výnosy vzhledem k činnosti organizace nemají význam. Podobně jako u nákladů existují i u výnosů agregátní veličiny. **Celkový příjem** ve smyslu přijatých tržeb představuje celkovou částku získanou za realizaci činnosti. **Průměrný příjem** jsou tržby získané za jednotku např. hospitalizaci, ošetrovací den. K hlubšímu rozboru finanční situace podniku se používají metody finanční analýzy vycházející z účetních výkazů. **Horizontální analýza** sleduje vývoj ukazatelů v čase absolutně nebo v procentech změn v porovnání s uplynulým obdobím. **Vertikální analýza** poměřuje položky účetních výkazů s bilanční sumou. Obě analýzy se používají pro rozbor v časových řadách. Rozdílovým ukazatelem porovnávajícím určité položky aktiv a pasív je **čistý pracovní kapitál**. Analýza poměrových ukazatelů je nejpoužívanější metodou finanční analýzy. Umožňuje srovnávat vztah mezi dvěma extenzivními ukazateli. Rozdělujeme je na **ukazatele rentability, aktivity, zadluženosti, likvidity**. Pro zhodnocení ekonomické efektivity nemocnice používáme vybrané ukazatele. **Ukazatel využití lůžkového fondu** udává v procentech průměrné množství lůžek obsazených pacienty v průběhu roku, ze všech využitelných lůžek, která jsou v průběhu roku provozuschopná. **Průměrná doba hospitalizace** je délka jedné hospitalizace připadající v průběhu roku na jedno lůžko. **Obrat obsazeného lůžka** udává počet pacientů, kteří v průběhu roku lůžko využijí. **Prostoj lůžka** je doba, která v průběhu roku připadá průměrně na jedno lůžko mimo provoz. Vytíženost lékaře nebo zdravotnického pracovníka nelékaře se hodnotí vzhledem k počtu lůžek. **Průměrná reálná hodnota bodu** udává skutečnou hodnotu bodu v Kč, které se podařilo organizaci dosáhnout po vyúčtování vykázané péče za daný rok.



## 2. SPRÁVA A ŘÍZENÍ NEMOCNICE

### 2.1. Předmět činnosti

Nemocnice s poliklinikou Havířov byla zřízena rozhodnutím přednosta Okresního úřadu Karviná č. 36/91 ze dne 25.3.1991. Původně fungovala od prosince 1969 pod hlavičkou OÚNZ v Karviné. Na základě zákona č. 290/2002 Sb. se organizace stala dnem 1.1.1993 příspěvkovou organizací Moravskoslezského kraje. Dle Vyhlášky Ministerstva zdravotnictví ČR č. 134/98 Sb. v platném znění, je Nemocnice s poliklinikou Havířov, příspěvková organizace zařazena do kategorie nemocnic 2. typu. Statutárním orgánem je ředitel, který jedná ve všech věcech příspěvkové organizace osobně a samostatně. Ředitele jmenuje a odvolává Rada Moravskoslezského kraje. Organizace je zapsaná v Obchodním rejstříku u Krajského soudu v Ostravě. **V hlavní činnosti** poskytuje a organizuje ústavní i ambulantní základní a specializovanou diagnostickou a léčebnou péči, včetně preventivních opatření. Zajišťuje ostatní služby související s poskytováním zdravotní péče. Lůžkovou péči poskytuje v oborech: vnitřní lékařství, geriatrie, rehabilitační a fyzikální medicína, infekční lékařství, neurologie, dětské lékařství, neonatologie, psychiatrie, chirurgie, gynekologie a porodnictví, urologie, anesteziologie a resuscitace. Komplementární péči zajišťuje v těchto odbornostech: hematologie a transfúzní lékařství, klinická biochemie, patologická anatomie, radiologie a zobrazovací metody, hemodialýza. Ambulantní péče je zabezpečována v těchto oborech: vnitřní lékařství, angiologie, diabetologie, endokrinologie, gastroenterologie, geriatrie, kardiologie, nefrologie, revmatologie, rehabilitační a fyzikální medicína, fyzioterapie, infekční lékařství, tuberkulóza a respirační nemoci, neurologie, dětská neurologie, dětské lékařství, dětská kardiologie, psychiatrie, klinická onkologie, dermatovenerologie, chirurgie, cévní chirurgie, neurochirurgie, úrazová chirurgie (traumatologie), gynekologie a porodnictví, ortopedie, otorinolaryngologie, oftalmologie, urologie, anesteziologie a resuscitace, léčba bolesti, klinická psychologie, psychoterapie, praktické lékařství pro dospělé. V rámci lékárenské péče zajišťuje výdejní činnost pro veřejnost, výdej na žádanky pro ambulantní zdravotnická zařízení, výdej na žádanky pro lůžková zdravotnická zařízení, lékárenskou pohotovostní službu, výdej PZT, přípravu léčivých přípravků. Činnosti, které jsou prováděny v rámci **doplňkové činnosti** zahrnují: praní, žehlení, opravy a údržbu oděvů, bytového textilu a osobního zboží, hostinskou činnost, poskytování technických služeb, sterilizaci prostředků zdravotnické techniky a materiálu, výrobu elektrických strojů a přístrojů, služby v oblasti administrativní správy a služby organizačně hospodářské povahy u fyzických a právnických

osob, poskytování software a poradenství v oblasti hardware a software, specializovaný maloobchod, masérské, rekondiční a regenerační služby, vodoinstalatérství, topenářství, podnikání v oblasti nakládání nebezpečnými odpady, technické činnosti v dopravě.<sup>4</sup>

## 2.2. Charakteristika nemocnice

Nemocnice zajišťuje zdravotní péči přibližně pro 120 000 obyvatel města a okolních obcí. Je jediným lůžkovým zdravotnickým zařízením na území města Havířova. Zařízení je uspořádáno do monobloku a třech pavilonů, ve kterých funguje psychiatrické, infekční a patologické oddělení. V současné době disponuje lůžkovým fondem se 455 lůžky akutní péče, z toho 414 lůžky standardní a 41 lůžky intenzivní péče a nově od letošního roku 46 lůžky následné péče. Akutní lůžková péče je zajišťována na 12 odděleních. Následná péče je zajišťována na 1 oddělení a nelůžkových oddělení má organizace 5. Jako jediné zařízení v kraji poskytuje nemocnice akutní geriatrickou lůžkovou péči a disponuje oddělením pro léčbu infekčních chorob. Od 1.7.2008 je hematoonkologickým centrem. V rámci modernizace byla v posledních letech provedena rekonstrukce hemodialyzačního a nefrologického centra, centrálních operačních sálů, centrálních jednotek intenzivní péče, urgentního příjmu a anesteziologicko-resuscitačního oddělení. V současné době probíhá příprava k modernizaci heliportu. Strategickým cílem zařízení je obnova mammologického screeningu s vybudováním mammologického centra s komplexní diagnosticko-léčebnou péčí, dále rozšiřovat operativu v rámci ortopedie, provozovat hematoonkologickou lůžkovou stanici a podporovat rozvoj gastroenterologického centra. Zařízení obdrželo v roce 2004 titul „Baby friendly hospital“, což v překladu znamená nemocnice přátelská k dětem. Toto ocenění uděluje Světová zdravotnická organizace a dětský fond OSN těm pracovištím, která splní náročná kritéria programu na podporu kojení. Organizace má akreditaci pro uskutečňování vzdělávacích programů pro obory: klinická biochemie, dětské lékařství, infekční lékařství, nefrologie, vnitřní lékařství, patologická anatomie, rehabilitační a fyzikální medicína, gynekologie a porodnictví, neurologie, hematologie a transfúzní lékařství, chirurgie, radiologie a zobrazovací metody, nemocniční lékárenství, veřejné lékárenství, urologie. V současné době usiluje o získání akreditace zdravotnického zařízení podle Národních akreditačních standardů Spojené akreditační komise ČR. Od 1.3.2010 se nemocnice zapojila do celostátního projektu „Nemocnice 2010“, který potrvá do 31.10.2010. Podstatou projektu

---

<sup>4</sup> Obchodní rejstřík

je zjišťování a průběžné vyhodnocování spokojenosti pacientů a zaměstnanců na základě anonymního dotazníkového průzkumu. Vyhlášovatelem projektu je Health Care Institute o.s.

Vrcholový management nemocnice tvoří ředitel, náměstek pro léčebnou péči, náměstkyně pro ošetrovatelskou péči, ekonomický náměstek a náměstek pro techniku a provoz. Střední stupeň řízení zajišťují na odděleních zdravotní péče primáři a vrchní sestry, na ostatních odděleních vedoucí oddělení. Řízení na operativní úrovni zajišťují na odděleních zdravotní péče staniční sestry, na ostatních odděleních vedoucí referátů. Za oblast řízení kvality odpovídá manager kvality, na zefektivňování procesu v organizaci se podílí interní auditorka, která v jedné osobě vykonává funkci tiskové mluvčí pro styk s veřejností. Nemocnice zaměstnávala ke konci roku 2009 celkem 904 fyzických osob. Z řad zdravotníků zde působí 737 fyzických osob, správu a provoz zajišťuje 167 fyzických osob v dělnických profesích a v technicko-hospodářských profesích. Zaměstnanci jsou zaměstnáni v hlavním pracovním poměru na celé i zkrácené úvazky, některé činnosti jsou zajišťovány na základě dohod o pracovní činnosti a provedení práce, příp. mandátních smluv. Průměrná hrubá mzda ke konci roku 2009 činila 24 219 Kč. V nemocnici působí tři odborové organizace: Lékařský odborový klub – Svaz českých lékařů, Základní organizace Profesní odborové unie zdravotnických pracovníků Čech, Moravy a Slezska a Základní organizace odborového svazu zdravotnictví a sociální péče ČR. Zástupci těchto odborových organizací participují na řízení organizace, zejména v oblastech strategie zařízení a v rámci kolektivního vyjednávání.

## **2.3. Účetnictví**

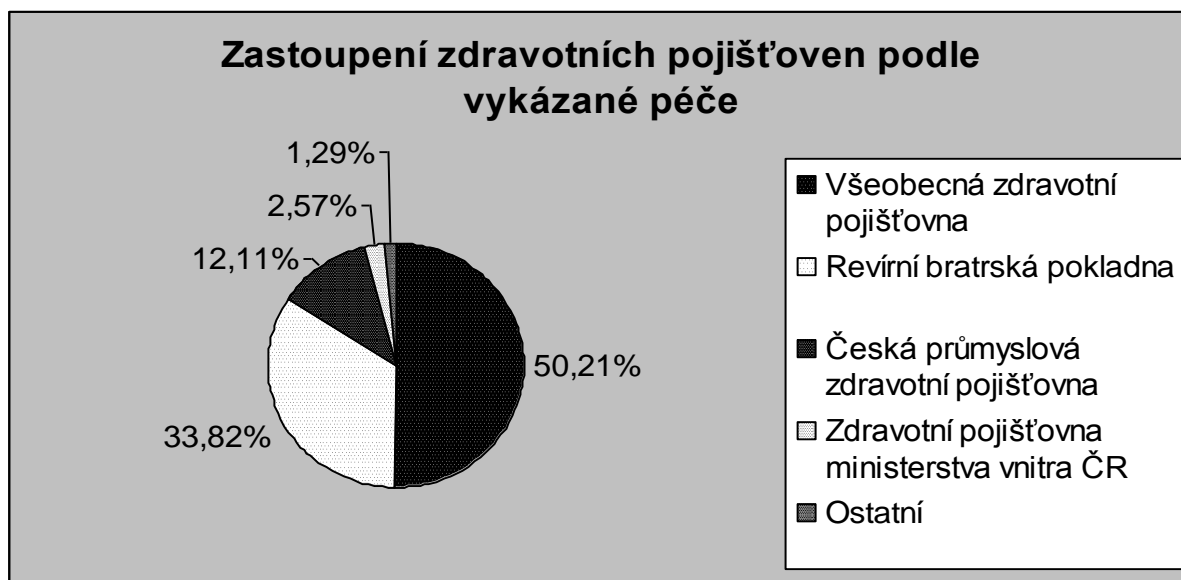
Účetní jednotka používá účetní metody a zásady vymezené zákonem č. 563/1991 Sb. o účetnictví, prováděcí vyhláškou č. 505/2002 Sb. k tomuto zákonu a Českými účetními standardy. Má povinnost ověřovat účetní závěrku auditorem. Nakoupený dlouhodobý hmotný a nehmotný majetek oceňuje účetní jednotka pořizovacími cenami, majetek nabytý darováním reprodukčními pořizovacími cenami a vytvořený vlastní činností, vlastními náklady. Zásoby organizace oceňuje v souladu se zákonem o účetnictví č. 563/1991 Sb. Zásoby pořizované dodavatelsky – skutečnými pořizovacími cenami, zásoby vyrobené vlastní činností – vlastními náklady. Účetní jednotka vlastní dlouhodobý hmotný majetek v ocenění převyšujícím 40.000,- Kč zařazený do první až šesté odpisové skupiny dle zákona č. 586/1992 Sb., o daních z příjmu. Pro daňové odpisy dlouhodobého hmotného majetku byla zvolena metoda rovnoměrného odpisování. Organizace má převážnou část dlouhodobého hmotného

majetku pouze svěřenou ve správě, daňově uznatelné odpisy z vlastního majetku tvoří zanedbatelnou část. Účetní odpisování dlouhodobého nehmotného a hmotného majetku se provádí lineární metodou podle individuálního odpisového plánu schváleného Radou Moravskoslezského kraje po celou dobu užívání majetku. Majetek se odepisuje do výše pořizovací ceny. V roce 2009 byly Moravskoslezským krajem poskytnuty dotace na provozní účely ve výši 5 228 tisíc Kč a investice ve výši 25 895 tisíc Kč.<sup>5</sup>

## 2.4. Úhrada zdravotní péče

Organizace má uzavřené smlouvy se zdravotními pojišťovnami k úhradě zdravotní péče. Největší rozsah vykázané péče připadá na pojišťovny, se kterými má organizace individuálně smluvně sjednanou složku úhrady (viz. graf 2.1.). Jedná se o tyto pojišťovny: VZP, RBP, ČPZP a ZP MV ČR. Individuální složka úhrady vychází z počtu případu diagnóz podle Klasifikace IR-DGR. Péče pojištěnců jiných zdravotních pojišťoven je hrazena paušální složkou úhrady dle počtu výkonů vykázaných v bodech. Předmětem smluvního ujednání je i maximální rozsah zdravotní péče v procentech, při kterém je péče hrazena plně.

Graf 2.1.



<sup>5</sup> Zpráva o činnosti Nemocnice s poliklinikou Havířov, příspěvkové organizace za rok 2009.

### 3. ANALÝZA SOUČASNÉHO SYSTÉMU ŘÍZENÍ

I přes zvláštnosti vyplývající z předmětu podnikání nemocnice, kterým je v první řadě zajišťování zdravotní péče pro danou spádovou oblast a přes specifika vyplývající ze samotné právní formy jakou je příspěvková organizace, budeme analyzovat nemocnici jako hospodářský subjekt. Srovnání provedeme v časovém horizontu pěti let. Pokusíme se analyzovat i některé výkonnostní ukazatele, které mohou ovlivnit vývoj do budoucna. Podkladem pro rozbor budou především výroční zprávy nemocnice. Součástí výroční zprávy nemocnice je účetní závěrka obsahující rozvahu, výkaz zisku a ztráty a přílohu, dále obsahuje podrobnější členění některých položek v tabulkové formě dle požadavku zřizovatele. Vyhláška<sup>6</sup> definuje předepsanou formu účetních výkazů, která se liší od výkaznictví jiných podnikatelských subjektů. Rozvaha příspěvkových organizací na straně aktiv časově nerozlišuje pohledávky na krátkodobé a dlouhodobé. Finanční majetek obsahuje nejen stav na běžném účtu, ale také stav na účtu FKSP, který je účelově čerpán. Na straně pasiv jsou jako vlastní zdroje krytí stálých a oběžných aktiv uvedeny majetkové a zvláštní fondy a dále finanční a peněžní fondy. Rozvaha eviduje stav k 1.1. a k 31.12. účetního období. Výkaz zisku a ztráty obsahuje seznam nákladových a výnosových položek, výsledek hospodaření před a po zdanění. Vykazování hlavní činnosti je odděleno od hospodářské činnosti. Příspěvková organizace nevytváří provozní, finanční a mimořádný výsledek hospodaření, pouze výsledek hospodaření z hlavní a hospodářské činnosti. Příloha blíže specifikuje poskytnuté dotace, bankovní úvěry a závazky vůči státním institucím. Pro účely analýzy vypouštím podrobné položkové členění rozvahy při zachování základních skupin. Členění nákladů a výnosů ve výkazu zisku a ztrát jsem přizpůsobila pro lepší přehlednost členění výkazu používaného podnikatelskými subjekty. Výsledky některých výkonnostních ukazatelů byly získány výpočtem s využitím interních materiálů organizace. Některé z ukazatelů využiji pro mezipodnikové srovnání v rámci nemocnic, příspěvkových organizací, jejichž zřizovatelem je Moravskoslezský kraj. Stávající forma výkazů účetní závěrky byla použita v účetním roce 2009 naposledy. Dnem 1.1.2010 nabyla účinnosti vyhláška č. 410/2009, kterou se provádějí některá ustanovení zákona č. 563/1991 Sb., o účetnictví, ve znění pozdějších předpisů, pro některé vybrané účetní jednotky. Podle této vyhlášky se nově stává součástí účetní závěrky také přehled o peněžních tocích a přehled o změnách vlastního kapitálu. Mění se rovněž původní struktura rozvahy a výkazu zisku a ztráty. Součástí

---

<sup>6</sup> Vyhláška č. 505/2002 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona č. 563/1993 Sb., o účetnictví, ve znění pozdějších předpisů, pro účetní jednotky, které jsou územními samosprávnými celky, příspěvkovými organizacemi, státními fondy a organizačními složkami státu.

vyhlášky je směrná účtová osnova. Cílem vyhlášky bylo sjednotit účetnictví územně samosprávný celků, příspěvkových organizací a ostatních organizačních složek státu s účetnictvím podnikatelských subjektů.

### 3.1. Horizontální a vertikální analýza

Výchozí upravenou rozvahu pro analýzu hospodaření Nemocnice s poliklinikou Havířov, příspěvkové organizace (viz. tabulka 3.1.) použijí pro kvantifikaci meziročních změn v průběhu pětiletého období s využitím indexu a difference oproti roku minulému.

Tabulka 3.1.

#### Upravená rozvaha pro finanční analýzu příspěvkové organizace

v tisících Kč

AKTIVA	2005	2006	2007	2008	2009
<b>Stálá aktiva</b>	<b>664 546</b>	<b>783 963</b>	<b>791 505</b>	<b>805 521</b>	<b>835 212</b>
1. Dlouhodobý nehmotný majetek	21 567	22 087	22 275	20 961	30 798
2. Oprávky k dl. nehmotnému majetku	-18 829	-19 620	-20 227	-19 542	-19 806
3. Dlouhodobý hmotný majetek	950 482	1 095 948	1 115 151	1 145 109	1 190 366
4. Oprávky k dl. hmotnému majetku	-288 673	-314 452	-325 695	-341 007	-366 145
5. Dlouhodobý finanční majetek	0	0	0	0	0
<b>Oběžná aktiva</b>	<b>104 843</b>	<b>122 233</b>	<b>126 280</b>	<b>107 676</b>	<b>123 420</b>
1. Zásoby	6 260	10 622	10 511	10 362	12 248
2. Pohledávky	53 630	69 740	76 163	57 476	70 739
3. Finanční majetek	26 593	27 173	35 019	30 383	35 729
4. Účty rozpočt.hosp. a mirozpočt.prostř.	0	0	0	0	0
5. Přechnodné účty aktivní	18 360	14 699	4 587	9 455	4 704
<b>AKTIVA CELKEM</b>	<b>769 389</b>	<b>906 196</b>	<b>917 785</b>	<b>913 198</b>	<b>958 632</b>

PASIVA	2005	2006	2007	2008	2009
<b>Vlastní zdroje krytí aktiv</b>	<b>674 625</b>	<b>800 051</b>	<b>778 208</b>	<b>773 583</b>	<b>801 857</b>
1. Majetkové fondy	659 622	783 126	768 196	786 582	814 969
2. Finanční a peněžní fondy	5 357	1 918	9 454	3 489	3 371
3. Zvláštní fondy organiz.složek státu	0	0	0	0	0
4. Zdroje krytí prostř.rozpočt.hospodař.	0	0	0	0	0
5. Výsledek hospodaření	9 646	15 006	558	-16 489	-16 483
<b>Cizí zdroje</b>	<b>94 764</b>	<b>106 145</b>	<b>139 577</b>	<b>139 615</b>	<b>156 775</b>
1. Rezervy	0	0	0	0	0
2. Dlouhodobé závazky	0	0	0	0	0
3. Krátkodobé závazky	91 892	105 535	132 341	133 650	142 713
4. Bankovní úvěry a půjčky	0	0	7 000	0	0
5. Přechnodné účty pasivní	2 872	610	236	5 965	14 062
<b>PASIVA CELKEM</b>	<b>769 389</b>	<b>906 196</b>	<b>917 785</b>	<b>913 198</b>	<b>958 632</b>

Nejvýše vzrostla bilanční suma v roce 2006 oproti roku 2005 a to o 18%, v roce 2007 oproti minulému roku došlo k mírnému poklesu o 0,5%. V roce 2009 ve srovnání s rokem uplynulým vzrostla o 5%, jak dokládá **horizontální analýza rozvahy** (viz. tabulka 3.2.). Nejvíce pozitivní změnu v oblasti stálých aktiv v roce 2006 ovlivnil nárůst dlouhodobého hmotného majetku o 15 % v souvislosti s dokončováním přestavby a modernizace centrálních operačních sálů. V dlouhodobém trendu ale vidíme, že obnovování dlouhodobého hmotného majetku probíhá pomaleji než jeho opotřebování. Stejně tendence měl i nehmotný dlouhodobý majetek, avšak v roce 2009 došlo k jeho nárůstu o 47%, což činilo v absolutní částce 9 837 tisíc Kč.

Tabulka 3.2.

## Horizontální analýza rozvahy

v tis.Kč

AKTIVA	06/05	06-05	07/06	07-06	08/07	08-07	09/08	09-08
<b>Stálá aktiva</b>	18%	119 416	1%	7 542	2%	14 017	4%	29 691
1. Dlouhodobý nehmotný majetek	2%	520	1%	188	-6%	-1 314	47%	9 837
2. Oprávky k dl. nehmotnému majetku	4%	-791	3%	-607	-3%	685	1%	-264
3. Dlouhodobý hmotný majetek	15%	145 467	2%	19 203	3%	29 957	4%	45 257
4. Oprávky k dl. hmotnému majetku	9%	-25 779	4%	-11 242	5%	-15 312	7%	-25 139
5. Dlouhodobý finanční majetek	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0
<b>Oběžná aktiva</b>	17%	17 391	3%	4 047	-15%	-18 604	15%	15 744
1. Zásoby	70%	4 362	-1%	-111	-1%	-149	18%	1 886
2. Pohledávky	30%	16 109	9%	6 423	-25%	-18 687	23%	13 264
3. Finanční majetek	2%	580	29%	7 846	-13%	-4 635	18%	5 346
4. Účty rozpočt.hosp. a mirozpočt.prostř.	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0
5. Přechodné účty aktivní	-20%	-3 661	-69%	-10 112	106%	4 868	-50%	-4 752
<b>AKTIVA CELKEM</b>	18%	136 807	1%	11 589	-0,5%	-4 587	5%	45 435

PASIVA	06/05	06-05	07/06	07-06	08/07	08-07	09/08	09-08
<b>Vlastní zdroje krytí aktiv</b>	19%	125 426	-3%	-21 843	-1%	-4 625	4%	28 275
1. Majetkové fondy	19%	123 505	-2%	-14 931	2%	18 386	4%	28 387
2. Finanční a peněžní fondy	-64%	-3 438	393%	7 536	-63%	-5 965	-3%	-118
3. Zvláštní fondy organiz.složek státu	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0
4. Zdroje krytí prostř.rozpočt.hospodař.	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0
5. Výsledek hospodaření	56%	5 360	-96%	-14 448	-3056%	-17 047	0%	6
<b>Cizí zdroje</b>	12%	11 381	31%	33 432	0,03%	38	12%	17 160
1. Rezervy	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0
2. Dlouhodobé závazky	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0
3. Krátkodobé závazky	15%	13 643	25%	26 806	1%	1 309	7%	9 064
4. Bankovní úvěry a půjčky	0%	0	0%	7 000	-100%	-7 000	0%	0
5. Přechodné účty pasivní	-79%	-2 262	-61%	-374	2423%	5 729	136%	8 096
<b>PASIVA CELKEM</b>	18%	136 807	1%	11 589	-0,5%	-4 587	5%	45 435

Nárůst nehmotného majetku souvisí se zaváděním nového nemocničního informačního systému. Rok 2008 byl ve znamení snižování oběžných aktiv. Největší snížení v absolutní částce o 18 687 tisíc Kč lze nalézt v položce pohledávky. Příčinou této změny byl odpis nedobytných pohledávek. Meziroční pohyb na účtu přechodné účty aktivní je způsobený očekávaným vyúčtováním doplatků od ZP za zdravotní péči vykázanou v běžném účetním roce. Na straně pasiv si největší pozornost zaslouží položka finanční a peněžní fondy. Položka zahrnuje zůstatky investičního fondu, fondu FKSP, rezervního fondu a fondu odměn. Fond odměn v období let 2005-2009 vykazuje nulu. Fond FKSP je tvořen z objemu mzdových prostředků, lze čerpat pouze na konkrétní účely a zůstatky nelze převádět na jiný účel. Rezervní fond tvoří pouze získané finanční dary, neboť organizace nevykazuje zlepšený výsledek hospodaření. Nejvíce tedy ovlivňuje změnu v této položce pasiv investiční fond. Fond je tvořen přidělem z odpisů, investičními dotacemi z rozpočtu kraje, dary, investičními účelovými dotacemi města. V průběhu roku je vyčerpán na rekonstrukci, modernizaci a pořízení dlouhodobého majetku. Nevyužité zdroje lze převést do výnosů k pokrytí provozních nákladů spojených s údržbou, což organizace prakticky nevyužívá. V souvislosti s aplikací vyhlášky Ministerstva financí č. 549/2004 Sb., podle které musí být investiční fond vždy k 31.12. krytý finančními prostředky, odúčtovala účetní jednotka část majetku z nenaplněného investičního fondu do výnosu. To je také příčinou snížení zůstatku v peněžních fondech, které se projevilo v meziročním srovnání v letech 2006/2005 a 2008/2007 poklesem položky o více než 60%. V roce 2005 a 2006 navíc organizace neobdržela žádné investiční dotace z kraje, na rozdíl od roku 2007, kdy obdržela částku dotací na investice ve výši 10 047 tisíc Kč, což způsobilo čtyřnásobný nárůstu oproti roku 2006. Změna v položce bankovní úvěry a půjčky v roce 2008 proběhla v souvislosti se splacením úvěru na provozní účely, schváleného Radou Moravskoslezského kraje, ve výši 7 000 tisíc Kč Komerční bance, a.s. Změny na přechodném účtu pasivním jsou zapříčiněny především proúčtováním dohadných položek pasivních, které jsou vytvářeny vzhledem k výši předpokládaných srážek v rámci vyúčtování zdravotní péče zdravotními pojišťovnami za péči vykázanou v běžném účetním roce. Očekává se srážka od VZP ČR v roce 2010, neboť nedošlo ke splnění smluvního závazku, co se týče objemu vykázané péče, z důvodu přechodu pojištěnců VZP k jiným zdravotním pojišťovnám.

Následující **vertikální analýza rozvahy** zkoumá podíl jednotlivých položek na celkové sumě v časové řadě 5-ti let (viz. tabulka 3.3.). Z rozvahy je patrné, že se podíl stálých a oběžných aktiv na celkové bilanční sumě nijak zvlášť neměnil. Převládá podíl dlouhodobého hmotného majetku. Vysoký podíl stálých aktiv je pro zdravotnické zařízení typu nemocnice



charakteristické. Výkony nemocnice se odvíjejí od počtu ošetřených pacientů, tedy provedených výkonů a počtu hospitalizací. K provádění výkonů se již dnes v mnohých případech používá specializovaná zdravotní technika a nezbytným předpokladem pro hospitalizaci je vybavená ošetrovatelská jednotka včetně lůžek pacientů. Z oběžných aktiv převládají pohledávky. Z vertikální analýzy je patrné, že od roku 2007 přestávají stačit vlastní zdroje ke krytí majetku. Majetek je z části kryt krátkodobými závazky, což svědčí o podkapitalizování podniku a špatné platební schopnosti. Tento trend je patrný z vývoje krátkodobých závazků, jejichž míra dosahuje téměř 15% od roku 2007. V podstatě tak závazky tvoří jediný cizí zdroj podílející se na financování podniku.

Tabulka 3.3.

### Vertikální analýza rozvahy

v tisících Kč

AKTIVA	2005	2006	2007	2008	2009
<b>Stálá aktiva</b>	<b>86,4%</b>	<b>86,5%</b>	<b>86,2%</b>	<b>88,2%</b>	<b>87,1%</b>
1. Dlouhodobý nehmotný majetek	2,8%	2,4%	2,4%	2,3%	3,2%
2. Oprávky k dl. nehmotnému majetku	-2,4%	-2,2%	-2,2%	-2,1%	-2,1%
3. Dlouhodobý hmotný majetek	123,5%	120,9%	121,5%	125,4%	124,2%
4. Oprávky k dl. hmotnému majetku	-37,5%	-34,7%	-35,5%	-37,3%	-38,2%
5. Dlouhodobý finanční majetek	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
<b>Oběžná aktiva</b>	<b>13,6%</b>	<b>13,5%</b>	<b>13,8%</b>	<b>11,8%</b>	<b>12,9%</b>
1. Zásoby	0,8%	1,2%	1,1%	1,1%	1,3%
2. Pohledávky	7,0%	7,7%	8,3%	6,3%	7,4%
3. Finanční majetek	3,5%	3,0%	3,8%	3,3%	3,7%
4. Účty rozpočt.hosp. a mirozpočt.prostř.	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
5. Přechnodné účty aktivní	2,4%	1,6%	0,5%	1,0%	0,5%
<b>AKTIVA CELKEM</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>

PASIVA	2005	2006	2007	2008	2009
<b>Vlastní zdroje krytí aktiv</b>	<b>87,7%</b>	<b>88,3%</b>	<b>84,8%</b>	<b>84,7%</b>	<b>83,6%</b>
1. Majetkové fondy	85,7%	86,4%	83,7%	86,1%	85,0%
2. Finanční a peněžní fondy	0,7%	0,2%	1,0%	0,4%	0,4%
3. Zvláštní fondy organiz.složek státu	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
4. Zdroje krytí prostř.rozpočt.hospodař.	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
5. Výsledek hospodaření	1,3%	1,7%	0,1%	-1,8%	-1,7%
<b>Cizí zdroje</b>	<b>12,3%</b>	<b>11,7%</b>	<b>15,2%</b>	<b>15,3%</b>	<b>16,4%</b>
1. Rezervy	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
2. Dlouhodobé závazky	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
3. Krátkodobé závazky	11,9%	11,6%	14,4%	14,6%	14,9%
4. Bankovní úvěry a půjčky	0,0%	0,0%	0,8%	0,0%	0,0%
5. Přechnodné účty pasivní	0,4%	0,1%	0,0%	0,7%	1,5%
<b>PASIVA CELKEM</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>

Tabulka 3.4.

## Upravený výkaz zisku a ztráty pro finanční analýzu příspěvkové organizace celkem

v tisících Kč

VÝNOSY	2005	2006	2007	2008	2009
<b>Tržby za prodané zboží</b>	<b>890</b>	<b>37 266</b>	<b>98 512</b>	<b>92 619</b>	<b>113 489</b>
<b>Výkony</b>	<b>411 458</b>	<b>450 255</b>	<b>477 563</b>	<b>512 266</b>	<b>574 699</b>
1. Tržby za prodej vlast.výrob.a služeb	411 110	447 607	471 268	511 850	573 901
z toho: tržby od VZP	252 482	257 612	271 935	285 216	313 393
tržby od ostatních pojišťoven	155 208	186 383	195 755	208 838	241 666
ostatní výnosy	3 420	3 612	3 578	17 796	18 842
2. Aktivace a změna stavu zásob	348	2 648	6 295	416	798
<b>Provozní dotace</b>	<b>17 798</b>	<b>2 913</b>	<b>2 819</b>	<b>3 365</b>	<b>6 146</b>
1. Příspěvek na provoz od zřizovatele	17 233	2 558	2 236	3 266	5 458
2. Dotace získané z veřejných zdrojů	565	355	583	99	688
3. Dotace získané z fondů EU	0	0	0	0	0
<b>Tržby z prodeje dlouhodobého majetku a mater.</b>	<b>215</b>	<b>40</b>	<b>63</b>	<b>52</b>	<b>52</b>
<b>Zúčtování zákon.rezerv a oprav.položek</b>	<b>0</b>	<b>36</b>	<b>17</b>	<b>48</b>	<b>55</b>
<b>Ostatní výnosy</b>	<b>16 260</b>	<b>29 427</b>	<b>18 343</b>	<b>39 148</b>	<b>41 425</b>
z toho: výnosy z pojistných událostí	241	1 352	125	253	671
výnosy z pronájmu	6 496	5 316	4 569	2 571	2 279
granty mimo veřejné rozpočty	0	0	0	0	0
<b>VÝNOSY CELKEM</b>	<b>446 621</b>	<b>519 937</b>	<b>597 317</b>	<b>647 498</b>	<b>735 866</b>
NÁKLADY	2005	2006	2007	2008	2009
<b>Prodané zboží</b>	<b>712</b>	<b>31 075</b>	<b>82 432</b>	<b>79 227</b>	<b>97 115</b>
<b>Výkonová spotřeba</b>	<b>165 045</b>	<b>176 850</b>	<b>196 849</b>	<b>217 075</b>	<b>255 332</b>
1. Spotřeba materiálu	114 072	126 110	139 680	145 654	179 454
z toho: léčiva	30 035	36 669	50 037	52 275	73 166
SZM	57 901	58 951	59 538	67 272	69 632
krev a krevní výrobky	4 246	4 057	4 966	6 094	5 193
potraviny pro pacienty	7 296	6 799	6 457	5 803	10 009
2. Spotřeba energie	21 068	22 667	24 206	28 506	30 298
3. Služby	29 905	28 073	32 963	42 915	45 580
z toho: nájemné (vč. leasingu)	3 457	1 328	1 635	2 166	2 048
opravy a udržování	4 155	3 541	4 019	5 012	7 131
telekomunikace	1 526	1 356	1 624	1 474	1 450
konzultace a poradenství	415	258	852	2 341	950
cestovné	304	207	191	313	462
<b>Osobní náklady</b>	<b>257 728</b>	<b>277 397</b>	<b>306 151</b>	<b>323 304</b>	<b>354 171</b>
1. Mzdové náklady	188 187	202 589	223 632	236 272	262 439
2. Soc. a zdrav.poj. a sociální náklady	69 541	74 808	82 519	87 032	91 732
<b>Daně a poplatky</b>	<b>14</b>	<b>38</b>	<b>47</b>	<b>31</b>	<b>44</b>
<b>Odpisy nehm. a hmotn. Investičního majetku</b>	<b>16 605</b>	<b>23 095</b>	<b>23 583</b>	<b>25 307</b>	<b>26 368</b>
<b>Zúst.cena prodaného dl.nehm.a hm.maj.,pr.mat.</b>	<b>49</b>	<b>54</b>	<b>33</b>	<b>10</b>	<b>9</b>
<b>Tvorba zák.rezerv a opravných položek</b>	<b>47</b>	<b>43</b>	<b>76</b>	<b>38</b>	<b>110</b>
<b>Ostatní náklady</b>	<b>4 402</b>	<b>2 577</b>	<b>2 848</b>	<b>19 433</b>	<b>2 711</b>
1. Pojištění majetku	1 532	1 445	1 476	1 187	1 416
2. Manka a škody	1	88	120	992	91
3. Technické zhodnocení	62	47	48	13	21
<b>Daň z příjmů</b>	<b>4 082</b>	<b>3 448</b>	<b>-253</b>	<b>119</b>	<b>0</b>
<b>NÁKLADY CELKEM</b>	<b>448 684</b>	<b>514 577</b>	<b>611 766</b>	<b>664 544</b>	<b>735 860</b>

Ve výkazu zisku a ztrát (viz. tabulka 3.4.) zaujímají největší položku tržby od zdravotních pojišťoven, ty jsou také hlavním zdrojem financování nemocnice. Dále se na financování podílí zřizovatel Moravskoslezský kraj formou dotací na provoz, které mají převážně účelový charakter. V hospodářské činnosti zaujímají nejvýznamnější položku tržby za prodané zboží, tržby z vlastních výrobků a služeb a výnosy z pronájmů nebytových prostor soukromým subjektům a z pronájmů bytových jednotek v nemocniční ubytovně. **Horizontální analýzou výkazu zisku a ztráty** dospějeme k závěru, že na straně nákladové zaujímají prvenství osobní náklady. Osobní náklady zahrnují náklady na mzdy, pojistné na zdravotní a sociální pojištění a sociální náklady. Výše mezd se odvíjí od kvalifikace a odborné praxe zaměstnanců. Zaměstnanci v nemocnici jsou odměňováni platem, výši příplatků a odměny za pracovní pohotovost upravuje zákoník práce. Zařazování do platových tříd a stupňů se řídí platnou vyhláškou. Ve značné míře je tedy výše platů ovlivněna legislativou. Zaměstnavateli přísluší přerozdělovat pouze osobní hodnocení a případně odměny, které jsou nenárokovou složkou platu. V praxi není výjimkou, že právě tyto dvě složky slouží jako rezerva pro vyrovnání růstu nákladů v souvislosti se změnou legislativy, která v převážné většině případů není dostatečně pokryta zdroji zřizovatele ani státu. Nezanedbatelnou úlohu v otázkách odměňování sehrávají také odbory. Největší meziroční nárůst mzdových nákladů zaznamenal rok 2007 oproti roku 2006 a to o 10% (viz. tabulka 3.5.). Příčinou byla legislativní změna, kdy byla zákoníkem práce zrušena pohotovost na pracovišti, což si vyžádalo podstatně dražší formu odměňování a to placení přesčasů. Rovněž došlo k navýšení tarifních mezd dle nařízení vlády č. 564/2006 Sb. Další meziroční nárůst v letech 2009/2008, tentokrát o 11%, v absolutní hodnotě 26 167 tisíc Kč byl způsoben čtyřmi legislativními změnami s platností od 1.4., 1.6. a 1.7.2009. V důsledku aplikace vyhlášek č. 74/2009 Sb., 130/2009 Sb., 201/2009 Sb. a 138/2009 Sb., došlo ke trojímu navýšení platů u zdravotnických pracovníků, zařazení zdravotních sester a porodních asistentek do vyšších kvalifikačních tříd a srovnání tabulky odměňování pro THP a dělníky na úroveň zaměstnanců odměňovaných ve veřejných službách a zprávě. Další významnou skupinu nákladů tvoří spotřeba materiálu. Z těchto nákladových položek má podstatný vliv na hospodaření spotřeba léků, speciálního zdravotnického materiálu, spotřeba krve a krevních derivátů a potraviny pro pacienty. Nejrychleji roste spotřeba léčiv a to meziročně od 20% výše s výjimkou roku 2008, kde byl nárůst oproti minulému roku pouze 4% z důvodu regulačních opatření zavedených Moravskoslezským krajem. Rostou i náklady za spotřebu energie a služby. Vedle regulace mezd na straně nákladové, existuje také právní regulace výše úhrady zdravotnických výkonů, které se promítají v tržbách organizace na straně výnosů.

Tabulka 3.5.

## Horizontální analýza výkazu zisku a ztráty

v tis.Kč

VÝNOSY	06/05	06-05	07/06	07-06	08/07	08-07	09/08	09-08
<b>Tržby za prodané zboží</b>	4087%	36 376	164%	61 246	-6%	-5 893	23%	20 870
<b>Výkony</b>	9%	38 797	6%	27 308	7%	34 703	12%	62 433
1. Tržby za prodej vlast.výrob.a služeb	9%	36 497	5%	23 661	9%	40 582	12%	62 051
z toho: tržby od VZP	2%	5 130	6%	14 323	5%	13 281	10%	28 177
tržby od ostatních pojišťoven	20%	31 175	5%	9 372	7%	13 083	16%	32 828
ostatní výnosy	6%	192	-1%	-34	397%	14 218	6%	1 046
2. Aktivace a změna stavu zásob	661%	2 300	138%	3 647	-93%	-5 879	92%	382
<b>Provozní dotace</b>	-84%	-14 885	-3%	-94	19%	546	83%	2 781
1. Příspěvek na provoz od zřizovatele	-85%	-14 675	-13%	-322	46%	1 030	67%	2 192
2. Dotace získané z veřejných zdrojů	-37%	-210	64%	228	-83%	-484	595%	589
3. Dotace získané z fondů EU	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0
<b>Tržby z prodeje dl.majetku a mater.</b>	-81%	-175	58%	23	-17%	-11	0%	0
<b>Zúčtování zákon.rezerv a oprav.pol.</b>	#DIV/0!	36	-53%	-19	182%	31	15%	7
<b>Ostatní výnosy</b>	81%	13 167	-38%	-11 084	113%	20 805	6%	2 277
z toho: výnosy z pojistných událostí	461%	1 111	-91%	-1 227	102%	128	165%	418
výnosy z pronájmu	-18%	-1 180	-14%	-747	-44%	-1 998	-11%	-292
granty mimo veřejné rozpočty	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0
<b>VÝNOSY CELKEM</b>	16%	73 316	15%	77 380	8%	50 181	14%	88 368
NÁKLADY	06/05	06-05	07/06	07-06	08/07	08-07	09/08	09-08
<b>Prodané zboží</b>	4264%	30 363	165%	51 357	-4%	-3 205	23%	17 888
<b>Výkonová spotřeba</b>	7%	11 805	11%	19 999	10%	20 226	18%	38 257
1. Spotřeba materiálu	11%	12 038	11%	13 570	4%	5 974	23%	33 800
z toho: léčiva	22%	6 634	36%	13 368	4%	2 238	40%	20 891
SZM	2%	1 050	1%	587	13%	7 734	4%	2 360
krev a krevní výrobky	-4%	-189	22%	909	23%	1 128	-15%	-901
potraviny pro pacienty	-7%	-497	-5%	-342	-10%	-654	72%	4 206
2. Spotřeba energie	8%	1 599	7%	1 539	18%	4 300	6%	1 792
3. Služby	-6%	-1 832	17%	4 890	30%	9 952	6%	2 665
z toho: nájemné (vč. leasingu)	-62%	-2 129	23%	307	32%	531	-5%	-118
opravy a udržování	-15%	-614	13%	478	25%	993	42%	2 119
telekomunikace	-11%	-170	20%	268	-9%	-150	-2%	-24
konzultace a poradenství	-38%	-157	230%	594	175%	1 489	-59%	-1 391
cestovné	-32%	-97	-8%	-16	64%	122	48%	149
<b>Osobní náklady</b>	8%	19 669	10%	28 754	6%	17 153	10%	30 867
1. Mzdové náklady	8%	14 402	10%	21 043	6%	12 640	11%	26 167
2. Soc. a zdrav.poj. a sociální náklady	8%	5 267	10%	7 711	5%	4 513	5%	4 700
<b>Daně a poplatky</b>	171%	24	24%	9	-34%	-16	42%	13
<b>Odpisy nehm. a hmotn. inv.majetku</b>	39%	6 490	2%	488	7%	1 724	4%	1 061
<b>Zúst.cena prod. dl.nehm.a hm.maj.,pr.mat.</b>	10%	5	-39%	-21	-70%	-23	-10%	-1
<b>Tvorba zák.rezerv a opravných položek</b>	-9%	-4	77%	33	-50%	-38	189%	72
<b>Ostatní náklady</b>	-41%	-1 825	11%	271	582%	16 585	-86%	-16 722
1. Pojištění majetku	-6%	-87	2%	31	-20%	-289	19%	229
2. Manka a škody	8700%	87	36%	32	727%	872	-91%	-901
3. Technické zhodnocení	-24%	-15	2%	1	-73%	-35	62%	8
<b>Daň z příjmů</b>	-16%	-634	-107%	-3 701	-147%	372	-100%	-119
<b>NÁKLADY CELKEM</b>	15%	65 893	19%	97 189	9%	52 778	11%	71 316

Lze sice konstatovat, že výnosy za výkony tvořené převážně tržbami od zdravotních pojišťoven rostou, výkonová spotřeba však roste rychleji, a to zcela vypouští náklady na mzdy. Bez příspěvku zřizovatele by se rozdíl ještě více prohluboval. Stále významnější zásluhu na vyrovnávání nákladů má hospodářská činnost organizace, zde se jedná zejména o prodej léků a zdravotních prostředků v rámci veřejného prodeje nemocniční lékárny. Srovnáme-li výkaz zisku a ztráty s rozvahou, mělo by platit, že tempo růstu výnosů by mělo být, v ideálním případě, rychlejší než tempo růstu aktiv. Z porovnání tabulek je zřejmé, že tato zásada byla dodržena.

**Vertikální analýza výkazu zisku a ztráty** vztahuje jednotlivé složky výkazu k výnosům. V podstatě analyzuje jakou měrou se podílí jednotlivé položky výnosů na celkových výnosech a jakou část výnosů spotřebovávají jednotlivé položky nákladů (viz. tabulka 3.6.). Největší měrou na výnosech se podílejí tržby od zdravotních pojišťoven. Jejich klesající poměr vzhledem k celkovým výnosům je dán rostoucím podílem tržeb za prodané zboží na celkových výnosech, z čehož vyplývá sílící vliv prodeje produktů lékárny na celkovém financování nemocnice. Srovnáme-li poměr tržeb na celkových výkonech v jednotlivých letech a poměr výkonové spotřeby k tržbám je zřejmé, že zatímco poměr tržeb neustále klesá, výkonová spotřeba v posledních třech letech roste. Dochází tak ke znehodnocování reálné hodnoty péče. Příčinu lze spatřovat ve zvýšení spotřeby materiálu a to buď z důvodu zvýšení spotřebovávaného množství materiálu nebo růstu jeho cen. Další příčinou může být nedostatečný nárůst ohodnocení výkonu zdravotními pojišťovnami, tzn. klesající reálná hodnota bodů. K poklesu podílů osobních nákladů na celkových výnosech dochází jednak z důvodu růstu spotřeby materiálu, ale především z důvodu růstu nákladů v souvislosti s prodejem zboží. Rozdíl poměru tržeb za prodané zboží k celkovým výnosům a podílu nákladů za prodej zboží na celkových výnosech se pohybuje v kladných číslech. Podíl provozních dotací na celkových výnosech nedosahuje ani 1%. Celková suma nákladů v jednotlivých letech překračuje celkové výnosy, s výjimkou roku 2006, kdy náklady spotřebovávaly 98,97% celkových výnosů a roku 2009, kdy byly hodnoty téměř vyrovnány. Je tedy patrné, že organizace hospodaří převážně se ztrátou.

**Výsledek hospodaření** je tvořen rozdílem celkových výnosů a nákladů. Příspěvková organizace vykazuje výsledek hospodaření za hlavní a hospodářskou činnost odděleně. Po odečtení daně z příjmů z obou činností odděleně, eventuálně dodatečných odvodů daně z příjmů, vykáže organizace výsledek hospodaření po zdanění z hlavní a hospodářské činnosti.

Tabulka 3.6.

## Vertikální analýza výkazu zisku a ztráty

v tisících Kč

VÝNOSY		2005	2006	2007	2008	2009
<b>Tržby za prodané zboží</b>		<b>0,20%</b>	<b>7,17%</b>	<b>16,49%</b>	<b>14,30%</b>	<b>15,42%</b>
<b>Výkony</b>		<b>92,13%</b>	<b>86,60%</b>	<b>79,95%</b>	<b>79,11%</b>	<b>78,10%</b>
1.	Tržby za prodej vlast.výrob.a služeb	92,05%	86,09%	78,90%	79,05%	77,99%
	z toho: tržby od VZP	56,53%	49,55%	45,53%	44,05%	42,59%
	tržby od ost.pojišťoven	34,75%	35,85%	32,77%	32,25%	32,84%
	ostatní výnosy	0,77%	0,69%	0,60%	2,75%	2,56%
2.	Aktivace a změna stavu zásob	0,08%	0,51%	1,05%	0,06%	0,11%
<b>Provozní dotace</b>		<b>3,99%</b>	<b>0,56%</b>	<b>0,47%</b>	<b>0,52%</b>	<b>0,84%</b>
1.	Příspěvek na provoz od zřizovatele	3,86%	0,49%	0,37%	0,50%	0,74%
2.	Dotace získané z veřejných zdrojů	0,13%	0,07%	0,10%	0,02%	0,09%
3.	Dotace získané z fondů EU	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
<b>Tržby z prodeje dl.majetku a mater.</b>		<b>0,05%</b>	<b>0,01%</b>	<b>0,01%</b>	<b>0,01%</b>	<b>0,01%</b>
<b>Zúčtování zákon.rezerv a oprav.pol.</b>		<b>0,00%</b>	<b>0,01%</b>	<b>0,00%</b>	<b>0,01%</b>	<b>0,01%</b>
<b>Ostatní výnosy</b>		<b>3,64%</b>	<b>5,66%</b>	<b>3,07%</b>	<b>6,05%</b>	<b>5,63%</b>
	z toho: výnosy z pojistných událostí	0,05%	0,26%	0,02%	0,04%	0,09%
	výnosy z pronájmu	1,45%	1,02%	0,76%	0,40%	0,31%
	granty mimo veřejné rozpočty	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
<b>VÝNOSY CELKEM</b>		<b>100,00%</b>	<b>100,00%</b>	<b>100,00%</b>	<b>100,00%</b>	<b>100,00%</b>
NÁKLADY		2005	2006	2007	2008	2009
<b>Prodané zboží</b>		<b>0,16%</b>	<b>5,98%</b>	<b>13,80%</b>	<b>12,24%</b>	<b>13,20%</b>
<b>Výkonová spotřeba</b>		<b>36,95%</b>	<b>34,01%</b>	<b>32,96%</b>	<b>33,53%</b>	<b>34,70%</b>
1.	Spotřeba materiálu	25,54%	24,25%	23,38%	22,49%	24,39%
	z toho: léčiva	6,72%	7,05%	8,38%	8,07%	9,94%
	SZM	12,96%	11,34%	9,97%	10,39%	9,46%
	krev a krevní výrobky	0,95%	0,78%	0,83%	0,94%	0,71%
	potraviny pro pacienty	1,63%	1,31%	1,08%	0,90%	1,36%
2.	Spotřeba energie	4,72%	4,36%	4,05%	4,40%	4,12%
3.	Služby	6,70%	5,40%	5,52%	6,63%	6,19%
	z toho: nájemné (vč. leasingu)	0,77%	0,26%	0,27%	0,33%	0,28%
	opravy a udržování	0,93%	0,68%	0,67%	0,77%	0,97%
	telekomunikace	0,34%	0,26%	0,27%	0,23%	0,20%
	konzultace a poradenství	0,09%	0,05%	0,14%	0,36%	0,13%
	cestovné	0,07%	0,04%	0,03%	0,05%	0,06%
<b>Osobní náklady</b>		<b>57,71%</b>	<b>53,35%</b>	<b>51,25%</b>	<b>49,93%</b>	<b>48,13%</b>
1.	Mzdové náklady	42,14%	38,96%	37,44%	36,49%	35,66%
2.	Soc. a zdrav.poj. a sociální náklady	15,57%	14,39%	13,81%	13,44%	12,47%
<b>Daně a poplatky</b>		<b>0,00%</b>	<b>0,01%</b>	<b>0,01%</b>	<b>0,00%</b>	<b>0,01%</b>
<b>Odpisy nehm. a hmotn. inv.majetku</b>		<b>3,72%</b>	<b>4,44%</b>	<b>3,95%</b>	<b>3,91%</b>	<b>3,58%</b>
<b>Zůst.cena prod.dl.nehm.a hm.maj.,pr.mat.</b>		<b>0,01%</b>	<b>0,01%</b>	<b>0,01%</b>	<b>0,00%</b>	<b>0,00%</b>
<b>Tvorba zák.rezerv a opravných položek</b>		<b>0,01%</b>	<b>0,01%</b>	<b>0,01%</b>	<b>0,01%</b>	<b>0,01%</b>
<b>Ostatní náklady</b>		<b>0,99%</b>	<b>0,50%</b>	<b>0,48%</b>	<b>3,00%</b>	<b>0,37%</b>
1.	Pojištění majetku	0,34%	0,28%	0,25%	0,18%	0,19%
2.	Manka a škody	0,00%	0,02%	0,02%	0,15%	0,01%
3.	Technické zhodnocení	0,01%	0,01%	0,01%	0,00%	0,00%
<b>Daň z příjmů</b>		<b>0,91%</b>	<b>0,66%</b>	<b>-0,04%</b>	<b>0,02%</b>	<b>0,00%</b>
<b>NÁKLADY CELKEM</b>		<b>100,46%</b>	<b>98,97%</b>	<b>102,42%</b>	<b>102,63%</b>	<b>100,00%</b>

Pro úplnost přikládám rozdělení hospodářského výsledku z hlavní a hospodářské činnosti (viz. tabulka 3.7.). Tabulka zobrazuje vliv převyšujících nákladů nad výnosy v hlavní činnosti, který je provázený záporným výsledkem hospodaření, s výjimkou roku 2006. V hospodářské činnosti je výsledek naopak stále kladný. Hospodářská činnost významně kompenzuje ztráty z hlavní činnosti.

**Tabulka 3.7.**

### Výsledek hospodaření

v tisících Kč

Ukazatel	2005	2006	2007	2008	2009
Výsledek hospodaření z hlavní činnosti	-2 916	798	-28 606	-33 882	-22 898
Výsledek hospodaření z hospodářské činnosti	4 935	8 010	13 905	16 954	22 903
<b>Výsledek hospodaření celkem</b>	<b>2 019</b>	<b>8 808</b>	<b>-14 701</b>	<b>-16 927</b>	<b>6</b>
Daň z příjmů z hlavní činnosti	2 422	1 502	-264	0	0
Daň z příjmů z hospodářské činnosti	1 660	1 946	11	119	0
Výsledek hospodaření z hl.činnosti po zdanění	-5 338	-704	-28 342	-33 882	-22 898
Výsledek hospodaření z hosp. činnosti po zd.	3 275	6 064	13 894	16 835	22 903
<b>Výsledek hospodaření celkem po zdanění</b>	<b>-2 063</b>	<b>5 360</b>	<b>-14 448</b>	<b>-17 047</b>	<b>6</b>

### 3.2. Pracovní kapitál

Čistým pracovním kapitálem rozumíme část dlouhodobých zdrojů majetku, která kryje oběžná aktiva. Jedná se o kapitál očištěný od brzké úhrady krátkodobého cizího kapitálu, tedy takový, který má podnik k dispozici pro financování běžného chodu. Tvoří jakýsi fond, z kterého by mohla organizace hradit závazky, aniž by musela rozprodávat stálá aktiva (viz. tabulka 3.8.). Výše ukazatelů pracovního kapitálu nám jenom dokazuje předchozí zjištění, které bylo zřejmé z vertikální analýzy rozvahy a to, že stálá aktiva jsou kryta i krátkodobými závazky. To znamená, že nemocnice nemá dostatečné dlouhodobé zdroje ke krytí stálých aktiv, natož ještě k pokrytí části oběžných aktiv. Disproporce byla patrná i z poměru krátkodobých pohledávek na bilanční sumě vzhledem k poměru krátkodobých závazků na celkové bilanční sumě. Čistý pracovní kapitál můžeme vyčíslit ve třech úrovních. První zahrnuje rozdíl mezi částí oběžných aktiv (zásoby, pohledávky, finanční majetek) a krátkodobými závazky. Druhá úroveň zahrnuje na straně oběžného majetku ještě dohadné účty aktivní a na straně cizího kapitálu dohadné účty pasivní. Dohadné položky zahrnují

nevyfakturované krátkodobé pohledávky a závazky v souvislosti s vyúčtováním výkonů zdravotními pojišťovnami za poskytnutou zdravotní péči v běžném účetním roce. Třetí úroveň zahrnuje i budoucí příjmy a výdaje. Vývoj má dlouhodobě nepříznivou tendenci, stále narůstá od roku 2006.

Tabulka 3.8.

## Pracovní kapitál

		v tisících Kč				
<b>Oběžná aktiva</b>		<b>103 497</b>	<b>120 283</b>	<b>124 160</b>	<b>105 728</b>	<b>121 654</b>
1.	Zásoby	6 260	10 622	10 511	10 362	12 248
2.	Pohledávky	53 630	69 740	76 163	57 476	70 739
3.	Finanční majetek	26 593	27 173	35 019	30 383	35 729
4.	Dohadné účty aktivní	16 982	11 559	2 444	7 445	2 886
5.	Příjmy příštích období	32	1 190	23	62	52
<b>Cizí zdroje</b>		<b>94 745</b>	<b>106 066</b>	<b>139 529</b>	<b>139 577</b>	<b>156 680</b>
1.	Krátkodobé závazky	91 892	105 535	132 341	133 650	142 713
2.	Bankovní úvěry a půjčky	0	0	7 000	0	0
3.	Dohadné účty pasivní	2 811	463	168	5 897	13 938
4.	Výdaje příštích období	42	68	20	30	29
<b>Čistý pracovní kapitál</b>						
1.	<b>Pracovní kapitál I.</b>	<b>-5 409</b>	<b>1 999</b>	<b>-10 648</b>	<b>-35 429</b>	<b>-23 997</b>
2.	<b>Pracovní kapitál II.</b>	<b>8 762</b>	<b>13 095</b>	<b>-15 372</b>	<b>-33 881</b>	<b>-35 049</b>
3.	<b>Pracovní kapitál III.</b>	<b>8 752</b>	<b>14 217</b>	<b>-15 369</b>	<b>-33 849</b>	<b>-35 026</b>

### 3.3. Poměrová analýza

Poměrová analýza (viz. tabulka 3.9.) dává do souvztažnosti některé položky rozvahy či výsledovky. Přestože nemocnice je neziskovou organizací, a prakticky je výsledek hospodaření ovlivněn jak příspěvky na provoz, tak způsobem výpočtu daně, je poměrová analýza jedním ze způsobů zhodnocení „finančního zdraví“ organizace z hlediska návratnosti investic, efektivnosti využívání majetku, zadluženosti a schopnosti hradit své závazky. Výsledky poměrové analýzy jsou mírně zkresleny faktem, že investice jsou kromě vlastních zdrojů, financovány také dotacemi zřizovatele, popřípadě obcemi a skutečná hodnota dotací se projeví až v konečné hodnotě majetku. Dalším zpěšňujícím faktorem je poskytnutý finanční leasing, jehož konkrétní výši v nákladových položkách nelze z výroční zprávy vyčíst.



Tabulka 3.9.

## Poměrové ukazatele

Ukazatel	Výpočet	2005	2006	2007	2008	2009
<b>Rentabilita</b>						
Rentabilita vlastního kapitálu	EAT/VK	-0,31%	0,67%	-1,86%	-2,20%	0,00%
Rentabilita tržeb	EAT/T	-0,50%	1,11%	-2,54%	-2,82%	0,00%
Obrat celkových aktiv	T/A	0,54	0,54	0,62	0,66	0,72
Finanční páka	A/VK	1,14	1,13	1,18	1,18	1,20
Rentabilita aktiv	EBIT/A	0,26%	0,97%	-1,60%	-1,85%	0,00%
Rentabilita tržeb	EBIT/T	0,49%	1,82%	-2,58%	-2,80%	0,00%
Obrat celkových aktiv	T/AKT	0,54	0,54	0,62	0,66	0,72
Rentabilita nákladů	N/T	108,90%	106,13%	107,37%	109,94%	107,05%
Mzdová náročnost tržeb	MZDY/T	45,68%	41,78%	39,25%	39,09%	38,18%
<b>Aktivita</b>						
Obrat celkových aktiv	T/A	0,54	0,54	0,62	0,66	0,72
Obrat dlouhodobého majetku	T/DL.M	0,62	0,62	0,72	0,75	0,82
Obrat zásob	T/ZÁSOBY	65,81	45,65	54,21	58,34	56,12
Doba obratu aktiv	360/OBRAT AKTIV	672,28	672,82	579,88	543,87	502,06
Doba obratu zásob	360/OBRAT ZÁSOB	5,47	7,89	6,64	6,17	6,41
Doba inkasa pohledávek	360/OBRAT POHL.	46,86	51,78	48,12	34,23	37,05
Doba splatnosti krátkodobých závazků	360/OBRAT ZÁVAZ.	80,29	78,36	83,62	79,60	74,74
<b>Zadluženost</b>						
Koeficient samofinancování	VK/A	87,68%	88,29%	84,79%	84,71%	83,65%
Ukazatel věřitelského rizika	CZ/A	12,32%	11,71%	15,21%	15,29%	16,35%
Ukazatel finanční páky	A/VK	1,14	1,13	1,18	1,18	1,20
<b>Likvidita</b>						
Ukazatel běžné likvidity	OA/KZ	1,14	1,16	0,95	0,81	0,86
Ukazatel pohotové likvidity	(KP+FM)/KZ	0,87	0,92	0,84	0,66	0,75
Ukazatel peněžní likvidity	(FM/KZ)	0,29	0,26	0,26	0,23	0,25

Ukazatel **rentability** charakterizuje návratnost vloženého kapitálu. Rentabilita vlastního kapitálu v letech 2007 a 2008 klesá a je v záporných hodnotách. Ukazatel je ovlivněn jednak klesající rentabilitou tržeb v tomto období, dále růstem ukazatele obratu celkových aktiv a konstantní finanční pákou. Pokles rentability tržeb je způsoben rostoucími tržbami, které ovlivnily i růst obratu celkových aktiv, kdy tržby rostou rychleji než celková aktiva. Finanční páka je konstantní, neboť růst aktiv je vyrovnáván stejným přírůstkem vlastního kapitálu. Růst celkových aktiv je pozitivní v souvislosti s neustálými investicemi do obnovy majetku.

Růst tržeb i aktiv má stejné důsledky na pokles zisku před úroky a zdaněním v ukazateli rentability aktiv. Rentabilita nákladů a mezd klesá, což je pozitivní vzhledem k růstu tržeb. V roce 2009 narostly aktiva rychleji než vlastní kapitál, což mělo za následek růst finanční páky, která zpomalovala růst rentability vlastního kapitálu. Rentabilita vlastního kapitálu se zvýšila, došlo i ke zvýšení rentability tržeb a hodnoty ukazatelů se přehouply ze záporných hodnot na nulu.

O tom jak úspěšně využívá aktiva management svědčí hodnoty **ukazatele aktivity**. V okamžiku, kdy se zvyšuje rychlost obratu (roste obrat), dochází ke zkracování doby obratu, což lze vyzorovat u aktiv v letech 2008 a 2009. Roste i obrat dlouhodobého majetku, kdy lze konstatovat, že 1,- Kč dlouhodobého majetku vyprodukovala 0,82 Kč tržeb v roce 2009. Tedy čím vyšší hodnota ukazatele, tím lépe. Nebo také, že využití dlouhodobého majetku je 82%. Obrat zásob v roce 2009 klesl na hodnotu 56,12, čímž se doba obratu zásob prodloužila na 6,41 dnů. Příčinou je mírný nárůst zásob oproti předchozímu období. Ukazatel obratu pohledávek má pro organizaci význam zejména z hlediska dodržování obchodně úvěrové politiky. Mělo by platit, že doba obratu závazků bude obecně delší než doba obratu pohledávek, jinak hrozí druhotná platební neschopnost. Doba inkasa pohledávek i splatnosti závazku vyjadřuje počet dnů, které uběhnou od vystavení faktury do jejího zaplacení. V roce 2009 platila organizace závazky ve lhůtě převyšující 2 měsíce, úhradu pohledávek obdržela v průměru 37. den.

**Ukazatele zadluženosti** nás informují o tom, že podíl cizího kapitálu na celkových aktivech je velmi nízký a v průběhu let klesá v důsledku růstu pohledávek. Již z vertikální analýzy rozvahy jsme zjistili, že podíl vlastního kapitálu na celkových aktivech přesahuje 80%. Zbývající část pokrývají krátkodobé závazky a pouze nepatrnou část přechodné účty pasivní. Aktiva rostou vzhledem k vlastnímu kapitálu rychleji, proto růst finanční páky. Rychlejší růst aktiv v roce 2009 způsobuje v první řadě růst pohledávek, v menší míře růst finančního majetku.

**Likvidita**, schopnost splácet závazky se pohybuje v kritických hodnotách. Ukazatel běžné likvidity 0,86 nedosahuje ani spodní hranici doporučeného pásma mezi 1,5 – 2,5. Ukazatel pohotovostní likvidity 0,75 je pod doporučenou hodnotou 1, kdy je podnik schopen vyrovnat se svými závazky, aniž by musel prodat své zásoby. Ukazatel peněžní likvidity 0,25 je hluboce pod průměrem, doporučená hodnota se pohybuje kolem 0,4.

### 3.4. Vybrané ukazatele provozně ekonomické efektivity

Nyní se zaměříme na rozbor ukazatelů specifických pro zdravotnická zařízení poskytující lůžkovou péči. **Lůžkový fond** nemocnice představuje základní ukazatel ve vztahu ke zdravotním pojišťovnám. Od jeho velikosti se odvíjí požadavky na minimální personální vybavení a požadavky na technické vybavení dané platnou vyhláškou, na základě kterého je zdravotní pojišťovna oprávněná uzavírat smluvní vztahy se zařízeními poskytujícími lůžkovou péči. Na jednu nemocnici v Moravskoslezském kraji připadlo v průměru 380 lůžek v roce 2008. Velikost lůžkového fondu v NsP Havířov v letech 2006 – 2008 byla konstantní, přičemž počet využitelných lůžek klesal (viz. tabulka 3.10.). Důvodem tohoto poklesu byla uzavřená lůžka, resp. části oddělení, neboť nebylo zajištěno dostatečné personální vybavení. K uzavření lůžek dochází také v souvislosti s údržbou a modernizací určitých sektorů zdravotnického zařízení. S počtem vyřazených lůžek se prodlužovala i doba prostoje připadající v běžném kalendářním roce na jedno uzavřené lůžko. V roce 2009 činila doba prostoje jednoho uzavřeného lůžka necelých 55 dnů. I přes část lůžek umístěných mimo provoz, klesal v těchto letech ukazatel využití lůžkového fondu, což je patrné také z klesajícího počtu obsazených lůžek. Pozitivním ukazatelem je snižující se průměrná doba hospitalizace a v důsledku toho zvyšující se obrát lůžka. Průměrná délka hospitalizace pro jednotlivé odbornosti poskytované péče je stanovena vyhláškou. V případě, že dojde k jejímu překročení, dochází také ke snižování úhrady připadající na jeden ošetrovací den, v důsledku čehož nejsou zcela pokryty náklady spojené s hospitalizací. NsP Havířov dosáhla v roce 2009 průměrné délky ošetrovacího dne 6,37 a obložnosti 80,84%. Srovnáme-li tyto údaje s údaji Nemocnice Třinec, příspěvkovou organizací spadající pod společného zřizovatele, lze konstatovat, že hodnoty jsou velice podobné. Průměrná ošetrovací doba v roce 2009 činila v této nemocnici 6,6 dne a průměrná obložnost činila 83%.

Jak vyplývá ze statistiky ÚZIS ČR, připadlo v roce 2008 na 1 lékaře v ČR 3,63 zdravotnického pracovníka nelékaře, v Moravskoslezském kraji to pak bylo 3,85 zdravotnického pracovníka nelékaře. Ve stejném roce činil tento poměr v NsP Havířov 4,23 ZPBD na 1 lékaře. Příčinou vysokého koeficientu byl akutní nedostatek lékařů v některých specializacích. Ze stejného důvodu připadalo na jednoho lékaře v NsP Havířov více funkčních lůžek, tj. 4,01 než tomu bylo v celostátním průměru, kdy na jednoho lékaře připadalo 3,73 lůžka. Vezmeme-li v úvahu 77% využitelnost lůžek v roce 2008, připadalo na 1 lékaře v NsP Havířov 3,09 obsazeného lůžka, což se dostává pod celostátní průměr.

**Tabulka 3.10.**

### **Vybrané ukazatele provozně ekonomické efektivity nemocnice**

Ukazatel	2005	2006	2007	2008	2009
Počet lůžek	520	483	483	483	469
Počet využitelných lůžek	490	442	425	416	398
Využití lůžkového fondu	75,84%	81,71%	79,93%	77,16%	80,84%
Počet obsazených lůžek	372	361	340	321	322
Průměrná doba hospitalizace (dny)	8,52	8,46	8,20	6,42	6,37
Obrat obsazeného lůžka (počet/rok)	43	43	45	57	57
Prostoj lůžka (ve dnech)	21,05	31,28	43,95	51,06	54,58
Přepočtený počet lékařů	119,05	118,28	113,09	103,63	109,94
Přepočtený počet ZPBD	423,79	426,87	439,61	438,04	432,15
Počet ZPBD na 1 lékaře	3,56	3,61	3,89	4,23	3,93
Počet využitelných lůžek/lékaře	4,12	3,73	3,76	4,01	3,63
Počet obsazených lůžek/lékaře	3,12	3,05	3,00	3,09	2,93
Počet využitelných lůžek/ZPBD	1,16	1,03	0,97	0,95	0,92
Počet obsazených lůžek/ZPBD	0,88	0,85	0,77	0,73	0,75
Průměrná reálná hodnota bodu	0,84	0,82	0,86	0,87	0,86
Spotřeba materiálu/hospitalizaci	7141	8105	9243	7962	9710
Náklady na léky, SZM, krev /hospitalizace	5770	6406	4602	6868	8007
Náklady na potraviny pro pac./hospitalizace	457	437	427	317	542
Osobní náklady zdr.prac./hospitalizace	14520	16045	18233	15905	17247
Spotřeba materiálu/OD	838	958	1127	1241	1525
Náklady na léky, SZM, krev/OD	678	757	561	1070	1257
Náklady na potraviny pro pacienta/OD	54	52	52	49	85
Osobní náklady zdrav.prac./OD	1705	1896	2223	2479	2708

Na jednoho zdravotnického pracovníka pracujícího bez dozoru (ZPBD) v nemocnici připadlo v celostátním průměru 1,16 lůžka. V NsP Havířov činil počet lůžek v provozu na 1 ZPBD 0,95 lůžka a 0,73 obsazeného lůžka. V souvislost s růstem počtu lékařů a s poklesem ZPBD došlo v roce 2009 k přiblížení ukazatelů celostátnímu průměru dle statistických hodnot roku 2008. Statistické údaje ÚZIS ČR za rok 2009 nebyly k dnešnímu dni k dispozici.

**Průměrná reálná hodnota bodu** je ukazatelem, který přiřazuje hodnotu tržeb po odečtení zvlášť zúčtovaných položek za materiál a léky, obdržených zdravotní pojišťovnou za vykázanou péči v běžném kalendářním roce, k celkovým vykázaným bodům. Tržby samozřejmě pokrývají výkony různě oceněné v závislosti na jejich náročnosti, odbornosti lékaře a způsobu hodnocení péče. Výkon zahrnuje veškerou činnost a vizity lékařů, činnost ZPBD, činnost zdravotnických pracovníků pracujících pod dohledem (zdravotnický asistent, ošetřovatel, sanitář), administrativní činnost, organizační činnost vedoucích pracovníků, výkon ústavní pohotovostní služby, stravní jednotku, přímo zúčtovaný zdravotnický materiál, léčivé přípravky a jednoúčelové přístroje, s ohledem na různou výši úhrady za ošetřovací den dle odbornosti. V kalkulaci bodové hodnoty zdravotních výkonů, s výjimkou výkonů dopravy, není zahrnuta položka nepřímé náklady – režie. Obsahem této režie je spotřeba materiálu, který není zahrnutý ve výkonu nebo zvlášť zúčtovaný, dále spotřeba energie, služby, osobní náklady včetně pojistného na zdravotní a sociální pojištění (mimo nákladů a pojistného vztahujících se k výkonu), daně, ostatní náklady, odpisy nehmotného a hmotného investičního majetku, vnitropodnikové náklady. Z toho vyplývá, že tržby za výkony uhrazené zdravotní pojišťovnou by měly pokrýt veškeré náklady organizace spojené s její hlavní činností. V rámci neodkladné péče nesmluvním zdravotnickým zařízením přiznává zdravotní pojišťovna konstantní výši úhrady za jeden bod výkonu. Srovnáme-li tuto částku ve výši 0,95 Kč danou vyhláškou v roce 2009 s částkou dosaženou NsP Havířov, musíme konstatovat, že reálná hodnota bodu v organizaci je nižší. Všechny náklady spojené s péčí o pacienta, vykazované na jednu hospitalizaci nebo jeden ošetřovací den, v roce 2009 rostly a to včetně nákladů osobních. Úhrada péče zdravotními pojišťovnami nesmluvnímu zdravotnímu zařízení ve stejném objemu výkonů jaký zúčtovala NsP Havířov v roce 2009 by byla podstatně vyšší. Z interních materiálů použijí objem bodů vykázaných za zdravotní péči v roce 2009 a sazbu 0,95 haléřů za bod pro zdravotnická zařízení nezatížená smluvními závazky ze zdravotními pojišťovnami. Vypočtené tržby, které by mohla při této sazbě organizace obdržet od zdravotních pojišťoven jsou 27 737 Kč na jednu hospitalizaci nebo 4 356 Kč na jeden ošetřovací den. Objem tržeb, kterého organizace v důsledku dosažení nižší reálné sazby za

bod (0,86 Kč) ve srovnání s nesmluvním zdravotnickým zařízením nedosáhla, činí za rok 2009 celkem 48 564 tisíc Kč. Přičemž průměrné tržby za jednu hospitalizaci v roce 2009 v NsP Havířov činily 25 109 Kč nebo za 1 ošetrovací den 3 943 Kč. Skutečně vypočtené celkové náklady na jednu hospitalizaci činily v NsP Havířov 29 099 Kč nebo 4 569 Kč na jeden ošetrovací den. Z příkladu je zřejmé, že tržby od zdravotních pojišťoven pokryly v NsP Havířov 86,29% objemu skutečných celkových nákladů vynaložených na hlavní činnost organizace. V případě nesmluvního zdravotního zařízení by při stejném objemu vykázané péče pokryly 95,32% nákladů zdravotní péče. Z výpočtu je vyloučená položka nákladů za zvlášť zúčtovaný materiál, léky a lékový paušál ve výši odpovídající skutečným tržbám za tento materiál. Z výroční zprávy nebylo možno tuto položku nákladů vyčíslit ve skutečné výši. Hodnoty bodů a výše tržeb za ZÚM, ZULP a lékový paušál uvádím v následující kapitole.

### **3.5. Vývoj ukazatelů výkonů**

V roce 2009 došlo ve srovnání s rokem 2008 k poklesu případů hospitalizací podle Klasifikace IR-DRG u pojištěnců Všeobecné zdravotní pojišťovny v absolutní hodnotě o 558 hospitalizací, procentuálně dosáhl počet případů v roce 2009 pouze 91,88% případů roku 2008. Organizace se ve smluvním vztahu ze zdravotní pojišťovnou zavázala plnit poměr DRG indexu roku 2009/2008 nejméně na 98%. Dosažená výše indexu však činila 96,24%. Ostatní zdravotní pojišťovny zaznamenaly nárůst v celkové výši o 974 případů, procentuální nárůst činil 12,94% (viz.tabulka 3.11.). Již v roce 2008 se projevilo snížení počtu případů vzhledem ke klesajícímu počtu pojištěnců u VZP ČR. V konečném důsledku to znamenalo snížení o 234 případů v roce 2008, což mělo za následek naplnění výkonnosti roku 2007 u Všeobecné zdravotní pojišťovny pouze z 96,7%. Tento propad znamenal nesplnění smluvní výkonnosti nemocnice sjednané se zdravotní pojišťovnou a dopad pro organizaci ve formě vrátky záloh poskytnutých na zdravotní péči VZP ČR ve výši 6,5 mil. Kč v roce 2009. Na druhé straně se podařilo u ostatních pojišťoven vyjednat zvýšení úhrad za poskytnutou zdravotní péči v roce 2008. Úhrada za péči pojištěncům RBP byla navýšena o 6,7 mil. Kč a u Hutnické zaměstnanecké pojišťovny, dnes již přidružené pod hlavičku České průmyslové zdravotní pojišťovny, byly úhrady navýšeny o 2,1 mil. Kč, což plně kompenzovalo vrátku VZP.

V roce 2010 se očekává vrátka ještě vyšší, neboť v důsledku snižování dopadů finanční krize v ČR, omezilo Ministerstvo zdravotnictví ČR objem prostředků přerozdělovaný

zdravotními pojišťovnami zdravotnickým subjektů v rámci vykázané péče. V praxi se smluvně sjednaná péče mezi zdravotnickým zařízením a zdravotní pojišťovnou bude vztahovat k úhradám roku 2008. Referenčním obdobím pro rok 2010 bude tedy rok 2008.

**Tabulka 3.11.**

### Vyhodnocení počtu hospitalizací podle Klasifikace IR-DRG

ZP	Rok 2008			Rok 2009			Změna 09 - 08	Poměr případů 09/08	Poměr DRG index 09/08
	Počet případů	DRG index	CMI	Počet případů	DRG index	CMI			
VZP	6 876	7268,0538	1,0570	6 318	6994,8779	1,1071	-558	91,88%	96,24%
Ostatní ZP	7 526	6063,9050	0,8057	8 500	7398,3880	0,8704	974	112,94%	122,01%
<b>Celkem</b>	<b>14 402</b>	<b>13331,9587</b>	<b>0,9257</b>	<b>14 818</b>	<b>14393,2659</b>	<b>0,9713</b>	<b>416</b>	<b>102,89%</b>	<b>107,96%</b>

Výkonnost hodnocená v bodech za poskytnutou zdravotní péči byla v roce 2009 o 2% vyšší v porovnání s plánem. Plánovaná výše úhrady za zvlášť zúčtovaný materiál, zvlášť zúčtované léčivé přípravky a lékový paušál byla ve skutečnosti překročena o 39,5% plánu roku 2009 (viz. tabulka 3.12.).

**Tabulka 3.12.**

### Vyhodnocení plánu výkonů a zvlášť zúčtovaných položek

ZP	Výkony v bodech			ZÚM, ZÚLP, LÉKOVÝ PAUŠÁL V KČ		
	Plán 2009	Skutečnost	Plnění v %	Plán 2009	Skutečnost	Plnění v %
VZP	287 617 684	270 924 055	94,20%	39 936 641	49 795 710	124,69%
Ostatní ZP	241 272 425	268 683 592	111,36%	26 449 276	42 161 523	159,41%
<b>Celkem</b>	<b>528 890 109</b>	<b>539 607 647</b>	<b>102,03%</b>	<b>66 385 917</b>	<b>91 957 233</b>	<b>138,52%</b>

## 4. HODNOCENÍ A DŮSLEDKY PRO ŘÍZENÍ

Nemocnice není schopna pokrýt náklady spojené s výkonem hlavní činnosti z výnosů získaných z hlavní činnosti. Oceněné výkony ve formě tržeb od zdravotních pojišťoven pokrývají necelých 80% nákladů. Navíc smluvní ujednání představuje pro nemocnici hned několik nevýhod. Oproti nesmluvním zdravotnickým zařízením má nemocnice podstatně nižší úhradu za 1 bod a navíc při nedodržení sjednané výše výkonů, dochází ke krácení plateb. Systém úhrad je nastaven tak, že bere v úvahu objem péče z minulého období, přičemž skutečnou výši úhrad za uplynulý rok se zdravotnické zařízení dozví až někdy v měsíci květnu, tedy až 5 měsíců po skončení účetního období. Z tohoto důvodu je pro organizaci ztížené plánování jakýchkoliv zdrojů, zejména s přihlédnutím k faktu, že zdravotní pojišťovna nemusí veškerou vykázanou péči uznat pro platby. Smlouvy se uzavírají na dobu 1 roku, přičemž chybí nějaký předběžný nástin úhrad péče v časovém horizontu 3-5 let, který by nemocnice mohla vzít v úvahu při plánování investic. Dohodovací řízení ohledně úhrad péče probíhá zdlouhavě a výsledky ve formě vyhlášky jsou k dispozici až v posledních dnech roku, přičemž takto brzdí organizace ve sjednávání smluv se zdravotními pojišťovnami na další rok. Průměrná cena bodu se vzdaluje od reality. Vzhledem k tomu, že má zabezpečit úhradu nákladů spojených s výkonem, včetně nepřímých nákladů, zůstává otázkou, na základě čeho jsou hodnoty bodu stanoveny. Skutečnost, že hodnota bodu dlouhodobě stagnuje je zřejmá z předchozích údajů.

Důsledky finanční krize se projevují sníženými odvody na zdravotní pojištění, ruku v ruce s rostoucí nezaměstnaností. Ale bez ohledu na tuto skutečnost je procento výdajů na veřejné zdravotní pojištění o 1% HDP nižší než v jiných vyspělých evropských státech v dlouhodobém časovém horizontu. Struktura zdravotní péče v ČR není optimální, existuje nadbytek lůžek akutní péče a nedostatek ošetrovatelských a sociálních lůžek. Obyvatelé v ČR stárnou, zvyšují se nadprůměrně vynaložené prostředky na zdravotní péči. Požadavky na minimální personální vybavení stanovené vyhláškou, kdy je nositelem výkonu lékař, jsou leckdy neopodstatněné. Lékařská péče je velice drahá a nevyužitá. Lékař tráví s pacientem v době výkonu služby (odpoledne, v noci a v nepracovní dny), minimum času, zejména na akutních lůžkových odděleních, o následné péči ani nemluvě. Systém odměňování, který je nastaven v platném zákoníku práce, neumožňuje konat pohotovost na pracovišti, čímž vzrůstají náklady za přesčasové hodiny, ve kterých není proveden žádný výkon. Nedostatek prostředků kompenzují zdravotnické organizace doplňkovou činností.



Většina zdravotnických zařízení v Moravskoslezském kraji je umístěna v nepříliš vzdálených lokalitách. Na jedné straně je zachována komfortní dostupnost obyvatelstvu, na druhé straně se tato zařízení potýkají s nedostatkem zdravotnického personálu i pacientů. Pacienti jsou přetahováni k jiným subjektům poskytujícím zdravotní péči a to zejména v odbornostech, které mají nadstandardně placeny výkony zdravotními pojišťovnami. K přetahování pacientů dochází především ze strany soukromých ambulantních zařízení. Tato zařízení zpravidla zaměstnávají část lékařů ze státních, krajských, obecních nemocnic. Lékaři v průběhu výkonu své práce v nemocnici nabízejí pacientům ambulantní léčbu v soukromých ambulancích. Tato skutečnost je bohužel těžce prokazatelná. Stejný problém nastává i u personálu, kde dochází k úniku úvazků, zejména u lékařů, k soukromým subjektům, ale i v rámci stejných typů nemocnic v okolí. A to z důvodu zabezpečení minimální personální vybavenosti nemocnic s ohledem na dodržení vyhlášky. Mezi stejnými typy nemocnic dochází také k soutěživosti při snaze realizovat investiční záměr, alespoň částečně dotovaný zřizovatelem. Organizace se předhánějí v rychlosti realizace, aby získaly výhodu a zajistily si klientelu. Většinou se jedná o realizaci investic spojenou s očekávaným vysokým hodnocením úhrad zdravotní péče. Zde nastává další problém a sice leckdy strnulost pojišťoven při ochotě sjednávat nové smlouvy v případě rozšiřování oblastí péče zdravotnického zařízení. Většinou je tato inovace provázená také vyššími náklady na výkon a vyššími výdaji pojišťoven na jejich úhradu. Je to ale jedna z cest zdravotnických zařízení jak získat další možné finanční prostředky pro organizaci za provedené výkony a jak zvyšovat svou konkurenceschopnost.

Jedním z dalších prostředků získání výhody mezi ostatními zařízeními lůžkové péče je dosažení akreditace. Požadavky k získání akreditace jsou přísné, ale nestranné. V čele zájmu stojí pacient. Zvyšování kvality a bezpečnosti pacienta podporují také zdravotní pojišťovny, které mají v budoucnu v úmyslu tuto péči lépe ohodnotit. Výdaje na akreditaci však představují nemalé částky.

Zdravotnická zařízení často hospodaří z deficitem, systém úhrad péče zdravotnímu zařízení je opožděn, v důsledku toho vykazují nemocnice neustále vysoké částky závazků, což se následně projevuje v kritických hodnotách ukazatelů likvidity. Stálá aktiva jsou kryty také krátkodobými závazky, z čehož vyplývá, že organizace nemá dostatek dlouhodobých zdrojů pro případné pokrytí nepředvídatelných výdajů.

Nemocnice má z celkového počtu lůžek provozu schopných pouze 84, 86% lůžek v roce 2009, přičemž doba prostoje připadající na jedno lůžko činí téměř 55 dnů. Rentabilita

vloženého kapitálu byla v roce 2009 nula, což není pozitivní ukazatel, přestože je lepší než v uplynulých letech. V podnikatelské firmě by to znamenalo, že firma nevytváří žádný zisk z 1,- Kč vloženého vlastního kapitálu.

Celkově lze situaci v nemocnici zhodnotit vzhledem k nastavení legislativy jako „boj s větrnými mlýny“. Existuje příliš mnoho vlivů zabraňujících reálné snaze zvýšit výkonnost, kvalitu a tím i spokojenost pacientů. Systém je nastaven tak, že buď nemocnice produkují ve zvýšené míře leckdy „nadbytečné výkony“ nebo je pacient naopak tím posledním, kdo zdravotnickou organizaci zajímá. Úspora materiálu za každou cenu s cílem minimalizovat náklady není vždy na místě.

## 5. NÁVRHY NA EFEKTIVNÍ VYUŽITÍ EKONOMICKÝCH ZDROJŮ

Nemocnice nemá příliš možností ovlivnit nastavený systém zdravotní péče, který je dán legislativou a celkovou koncepcí Ministerstva zdravotnictví. Každopádně se však může ve spolupráci s ostatními nemocnicemi náležitými pod společného zřizovatele Moravskoslezský kraj podílet na vytváření společné koncepce zdravotnické péče, v rámci těchto příspěvkových organizací, pod hlavičkou Kraje. Předmětem společného jednání by se měl stát rozsah poskytované péče v rámci jednotlivých odborností a s tím související technická a minimální personální vybavenost. Cíle těchto organizací by se měly sjednotit a to především ve prospěch pacienta. V nemocnicích existuje řada lůžek, která jsou uzavřena z důvodu nedostatku personálu, přičemž provozuschopných lůžek je obsazeno v průměru něco málo přes 80%. Pokud by došlo k optimalizaci lůžkového fondu v rámci těchto nemocnic, znamenalo by to pro jednotlivá zařízení snížení nákladů a tudíž zvýšení efektivity. Vhodným dlouhodobým plánem v oblasti řízení lidských zdrojů, co se týče požadavků na odbornou a specializovanou způsobilost zdravotnických pracovníků, by došlo také k optimalizaci zdravotnického personálu. Personál by bylo možné v rámci kraje přesouvat, aniž by to narušilo provozuschopnost ostatních zařízení. Uvolněné prostředky by mohly pokrýt náklady spojené se zvyšováním kvality zdravotnických zařízení. Nemocnice by byly schopné obstát v konkurenčním boji se soukromými subjekty. Vzhledem k vývoji vědy a výzkumu s následnou aplikací nové zdravotnické techniky a technologie zejména v úzce specializovaných oborech, by mělo dojít k dohodě mezi nemocnicemi v rámci kraje a tyto nákladné obory mezi nemocnice rozdělit. Není efektivní mít v každé nemocnici zařízení pohybující se v ceně několika milionu, s tím, že nebude plně využito. Nevidím problém v tom, že by tato specializovaná pracoviště fungovala celodenně a tím se přiblížila potřebám zaměstnaných nebo dojíždějících pacientů. V důsledku toho by mohl začít fungovat objednávkový systém, který dnes plně využívají pouze soukromé zdravotnické subjekty.

Z hlediska efektivnějšího využití zdravotního pojištění se mi jeví řešením snížení počtu zdravotních pojišťoven a změna jejich struktury. V průběhu času přestávají být rozdíly v nabídce nadstandardních služeb zdravotními pojišťovnami. Zdravotnická zařízení poskytující péči převyšující rozsahem možnost úhrady bez smluv, často nemají pokrytu péči výnosy za výkony ze zdravotních pojišťoven a to nejen skutečnou, ale ani na úrovni

nesmluvních zdravotnických zařízení. Jedním z problémů proč k tomu dochází je přesun pacientů mezi zdravotními pojišťovnami. Smlouvy zdravotnických zařízení ze zdravotními pojišťovnami tento fakt příliš neberou v úvahu. S největšími problémy, co se týče úhrad, se potýká VZP ČR. Počet pojištěnců od jejího vzniku postupně klesá, přičemž tato pojišťovna pokrývá péči lidem, za které je plátcem pojistného stát. Tento segment obyvatelstva tvoří děti, studenti, ženy na mateřské dovolené, nezaměstnaní, důchodci, vězni atd. Pojišťovna poté často odmítá hradit péči spojenou s úhradou nových technologicky a tedy i finančně náročnějších výkonů. V případě sloučení pojišťoven do menšího počtu by došlo mimo jiné k sjednocení zdrojů. Některé z dnes zaměstnaneckých pojišťoven by bylo vhodné přeměnit na pojišťovny komerční. Tyto by pak zahrnovaly úhradu péče spojenou s nadstandardními výkony, ale mohly by také pokrýt např. regulační poplatky. Hospodaření nekomerčních zdravotních pojišťoven by podléhalo přísnému státnímu doзору, s tím, že úhrada péče by byla k dispozici rovněž zdravotnickým zařízením a pacientům prostřednictvím aktuálních informačních zdrojů. Nekomerční zdravotní pojišťovny by tvořily důležitou složku vícezdrojového financování zdravotní péče v ČR.

## ZÁVĚR

Cílem mé diplomové práce bylo zhodnotit finanční řízení nemocnice vzhledem ke stávajícím zdrojům vyplývajícím ze současného nastavení vícezdrojového financování zdravotní péče v ČR a také posoudit zda-li jsou tyto zdroje optimální. Systém péče v ČR vychází z Bismarkovského modelu založeném na povinném zdravotním pojištění. Přerozdělování zdrojů na zdravotní péči obyvatelstva se tedy děje prostřednictvím zdravotních pojišťoven. Zdravotnická zařízení uzavírají každoročně se zdravotními pojišťovnami smlouvy na poskytovaný rozsah péče, který je vyhláškou limitován. Péče poskytovaná nad limit je postížena degresivní sazbou úhrady. V praxi dochází k tomu, že vzhledem k existenci mnoha zdravotních pojišťoven je péče hrazena různými zdravotními pojišťovnami různě. U některých zdravotních pojišťoven přetrvává paušální způsob úhrady, s některými zdravotními pojišťovnami má nemocnice uzavřený výkonový způsob úhrady, ambulantní péče je hrazena ambulantním způsobem úhrady. Výše úhrad je sjednávána každoročně na základě dohodovacího řízení na úrovni státu. Objem péče krytý úhradami se odvíjí od předchozího kalendářního roku, v roce 2010 vzhledem k důsledkům finanční krize je referenčním obdobím 2008. Není zde zohledněn fakt, že pojištěnci v průběhu období pojišťovny mění a zdravotnické subjekty tak nejsou schopny dodržet sjednaný objem péče. Následně se toto projeví vratkou zálohou, která může významně ovlivnit výsledek hospodaření subjektu v následujícím roce. S přihlédnutím ke skutečnosti, že pojištěnci mění v průběhu času zdravotní pojišťovny a že nadlimitní rozsah péče je hrazen degresivně, dochází v nemocnicích k tomu, že jejich reálná sazba za bod, kterým je hodnocen výkon, je podprůměrná. Nestačí pokrýt náklady vynaložené na poskytnutou zdravotní péči, včetně fixních nákladů spojených s provozováním zdravotnického zařízení. A navíc je nižší než výše úhrady za bod, kterou by subjekt získal v případě neodkladné péče, když by nebyl se zdravotní pojišťovnou smluvně vázán. Dopady tohoto způsobu financování jsou takové, že se nemocnice potýká s nedostatkem finančních zdrojů. Její schopnost splácet závazky je pod hranicí průměru. Přestože je provoz dofinancován z rozpočtu kraje a stejně tak kraj přispívá na investice, je rentabilita vložených prostředků záporná, v lepším případě nulová. Nemocnice řeší situaci tím, že se snaží hledat další možné zdroje a to zejména provozováním hospodářské činnosti. Struktura lůžkového fondu ve zdravotnickém zařízení není optimální. Část lůžek není v provozu z důvodu uzavření stanic pro nedostatek personálu. Doba uzavření lůžka dosahuje až 55 dnů. Zbývající lůžka jsou využita kolem 80%, což by si jistě zasloužilo hlubší analýzu ze strany nemocnice z pohledu naplnění kapacit jednotlivých oddělení.

## SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

GLADKIJ, I. *Management ve zdravotnictví*. 1. vyd. Brno: Computer Press, 2003. 380 s. ISBN 80-7226-996-8.

HÁVA, P. *Financování českého zdravotnictví v kontextu úhrad [editoři projektu Háva Petr, Goulli Rochdi]*. Kostelec nad Černými lesy: Institut zdravotní politiky a ekonomiky, 2003. 302 s. ISSN 1213-8096.

JAROŠOVÁ, D. *Organizace a řízení ve zdravotnictví*. 1. vyd. Ostrava: Zdravotně sociální fakulta Ostravské univerzity v Ostravě, 2007. 110 s. ISBN 978-80-7368-338-2.

JOINT COMMISSION INTERNATIONAL. *Joint commission international accreditation standards for hospitals*. 3rd. ed. USA: Joint commission international, 2007. 260 p. ISBN: 978-1-59940-141-6.

KISLINGEROVÁ, E.; HNILICA, J. *Finanční analýza krok za krokem*. 1. vyd. Praha: C. H. Beck, 2005. 137 s. ISBN 80-7179-321-3.

KYZLINK, V.; JURČEKA, M.; PEKOVÁ, J. *Finanční hospodaření rozpočtových a příspěvkových organizací*. 1. vyd. Praha: Státní nakladatelství technické literatury, 1986. 155 s.

MARX, D.; VLČEK, F. *Národní akreditační standardy pro nemocnice*. 2. vyd. Praha: Spojená akreditační komise ČR s nakladatelstvím TIGRIS, spol. s r. o., 2008. 104 s. ISBN 978-80-903750-6-2.

MADEROVÁ VOLTNEROVÁ, K.; TÉGL, P. *Vztahy mezi zřizovatelem a příspěvkovou organizací ÚSC*. 1. vyd. Olomouc: ANAG, spol. s r. o., 2009. 152 s. ISBN 978-80-7263-546-7.

MOUSQUÉS, J.; PARIS, V. *Fungování nemocnic v šesti zemích [z francouzského originálu: Le fonctionnement des hopitaux dans six pays étrangers přeložili: Goulli R., Vampolová D., Neuwirthová K.]*. Kostelec nad Černými lesy: Institut zdravotní politiky a ekonomiky, 2004. 82 s. ISSN 1213-8096.

OLENSKÝ, E. *Jak funguje rakouský systém výkonově orientovaného financování nemocnic? [z německého originálu: Die Funktionsweise des österreichischen LKF-Systems přeložil Barták M.]*. Kostelec nad Černými lesy: Institut zdravotní politiky a ekonomiky, 2005. 20 s. ISSN 80-86625-40-0.

PEŠEK, J. *Tvorba systému jakosti ve zdravotnictví a lékárenství s využitím norem ISO*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing a.s., 2003. 112 s. ISBN 80-247-0551-6.

VALACH, J. *Finanční řízení podniku*. 2. vyd. Praha: Ekopress, 1999. 324 s. ISBN 80-86119-21-1.

## Internetové zdroje

MORAVSKOSLEZSKÝ KRAJ. *Veřejná zpráva: Přehled zdravotnických zařízení v Moravskoslezském kraji* [online]. [cit. dne 2009-01-26] Dostupné z: [http: <http://verejna-sprava.kr-moravskoslezsky.cz/publikace/zdravotnicka\\_zarizeni\\_kor3.pdf >](http://verejna-sprava.kr-moravskoslezsky.cz/publikace/zdravotnicka_zarizeni_kor3.pdf).

NEMOCNICE TŘINEC. *Výroční zpráva za rok 2009*. [online]. [cit. dne 2009-04-15] Dostupné z: [http: <http://www.nemtr.cz/modules.php?name=Content&pa=showpage&pid=165>](http://www.nemtr.cz/modules.php?name=Content&pa=showpage&pid=165).

OECD. Stat Extracts. *Health: Health Statistics, OECD Health Data 2009, Selected Data*. [online]. [cit.dne 2010-10-20] Dostupné z: [p://stats.oecd.org/Index.aspx? DatasetCode=CSP2009](http://stats.oecd.org/Index.aspx?DatasetCode=CSP2009)>.

ÚZIS ČR. *Registr zdravotnických zařízení: Síť zdravotnických zařízení 2008* [online]. [cit. dne 2010-04-19]. Dostupné z: [http: <http://www.uzis.cz/uzis/rzz/rzz.htm>](http://www.uzis.cz/uzis/rzz/rzz.htm).

VZP ČR. Plátcí. *Stát: Osoby, za které je plátcem stát*. [online]. [cit. dne 2009-04-11] Dostupné z: [http: <http://www.vzp.cz/cms/internet/cz/Platci/Stat/>](http://www.vzp.cz/cms/internet/cz/Platci/Stat/).

VZP ČR. Plátcí. *Stát: Vyměřovací základ*. [online]. [cit. dne 2009-04-11] Dostupné z: [http: <http://www.vzp.cz/cms/internet/cz/Platci/Stat/Vymerovaci\\_zaklad/>](http://www.vzp.cz/cms/internet/cz/Platci/Stat/Vymerovaci_zaklad/).

## Ostatní zdroje

### INTERNÍ HODNOTÍCÍ LISTY

ZPRÁVA O ČINNOSTI NEMOCNICE S POLIKLINIKOU HAVÍŘOV, p. o. ZA ROK 2005

ZPRÁVA O ČINNOSTI NEMOCNICE S POLIKLINIKOU HAVÍŘOV, p. o. ZA ROK 2006

ZPRÁVA O ČINNOSTI NEMOCNICE S POLIKLINIKOU HAVÍŘOV, p. o. ZA ROK 2007

ZPRÁVA O ČINNOSTI NEMOCNICE S POLIKLINIKOU HAVÍŘOV, p. o. ZA ROK 2008

ZPRÁVA O ČINNOSTI NEMOCNICE S POLIKLINIKOU HAVÍŘOV, p. o. ZA ROK 2009

## SEZNAM ZKRATEK

A	-	aktiva
CM index	-	Case mix index
ČR	-	Česká republika
ČLK	-	Česká lékařská komora
ČNR	-	Česká národní rada
ČPZP	-	Česká průmyslová zdravotní pojišťovna
DHM	-	dlouhodobý hmotný majetek
EAT	-	zisk po zdanění
EBIT	-	zisk před zdaněním a úroky
EBT	-	zisk před zdaněním
Fin.maj.	-	finanční majetek
FKSP	-	fond kulturních a sociálních potřeb
HDP	-	hrubý domácí produkt
IR-DRG	-	Mezinárodní zpřesněné skupiny vztažené k diagnóze (International Refined Diagnosis Related Groups)
KP	-	krátkodobé pohledávky
Kr.pohl.	-	krátkodobé pohledávky
KZ	-	krátkodobé závazky
MF ČR	-	Ministerstvo financí České republiky
MV ČR	-	Ministerstvo vnitra České republiky
Mzd.N	-	mzdové náklady
nákl. úroky	-	nákladové úroky
NsP	-	nemocnice s poliklinikou
OA	-	oběžná aktiva
OD	-	ošetřovací den
ORL	-	ušní, nosní, krční
Prov.N	-	provozní náklady
PZT	-	pomocná zdravotnická technika
RBP	-	Revírní bratská pokladna
ROA	-	rentabilita aktiv
ROC	-	rentabilita nákladů
ROE	-	rentabilita vlastního kapitálu
RZZ	-	Registr zdravotnických zařízení
ČSÚ	-	Český statistický úřad
T	-	tržby
TBC	-	tuberkulóza
TISS	-	terapeutický bodovací systém (Therapeutic Intervention Scoring System)
ÚZIS	-	Ústav zdravotnických informací a statistiky
VK	-	vlastní kapitál
VZP ČR	-	Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky
ZPBD	-	zdravotnický pracovník nelékař bez dozoru
ZÚM	-	zvlášť účtovaný materiál
ZULP	-	zvlášť účtované léčivé přípravky



# PROHLÁŠENÍ O VYUŽITÍ VÝSLEDKŮ DIPLOMOVÉ PRÁCE

Prohlašuji, že

- byl(a) jsem seznámen(a) s tím, že na mou diplomovou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. – autorský zákon, zejména § 35 – užití díla v rámci občanských a náboženských obřadů, v rámci školních představení a užití díla školního a § 60 – školní dílo,
- beru na vědomí, že Vysoká škola báňská – Technická univerzita Ostrava (dále jen VŠB-TUO) má právo nevýdělečně ke své vnitřní potřebě diplomovou práci užít (§ 35 odst. 3),
- souhlasím s tím, že jeden výtisk diplomové práce bude uložen v Ústřední knihovně VŠB-TUO k prezenčnímu nahlédnutí a jeden výtisk bude uložen u vedoucího diplomové práce. Souhlasím s tím, že údaje o diplomové práci, obsažené v Záznamu o závěrečné práci, umístěném v příloze mé diplomové práce, budou zveřejněny v informačním systému VŠB-TUO,
- bylo sjednáno, že s VŠB-TUO, v případě zájmu z její strany, uzavřu licenční smlouvu s oprávněním užít dílo v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona,
- bylo sjednáno, že užít své dílo – diplomovou práci nebo poskytnout licenci k jejímu využití mohu jen se souhlasem VŠB-TUO, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly VŠB-TUO na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše).

30.4.2010

V Ostravě dne .....

.....  
Bc. Lenka Feniková

Adresa trvalého pobytu studenta:

Lašská 11/1149, Havířov-Město, PSČ 736 01

.....